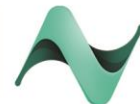
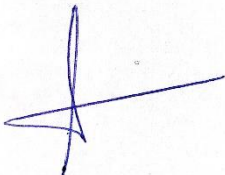




۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های پذیرش شده در بخش بانک خون آزمایشگاه بیمارستان نیکان و براساس فرآیندهای تعیین شده در آزمایشگاه می‌باشد.	
۲- دامنه کاربرد: آزمایشگاه - تمامی بخش‌های درمانی	
۳- تعاریف: در این دستورالعمل آزمایشگاه بیمارستان نیکان به اختصار آزمایشگاه ذکر شده است.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۱-۴- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسنادبلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف تزریق ایمن خون و فرآورده‌های خونی به بیمار مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: پزشک هموویژولانس	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	سوپروایزر آزمایشگاه از طریق مشاهده مستقیم بر اجرای صحیح روش اجرایی نظارت دارد و براساس شرح وظایف و در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می‌باشد.
۲-۶	مسئول بخش بانک خون آزمایشگاه مسئول مستقیم اجرای این روش اجرایی می‌باشد و از طریق پیگیری نواقص روزانه بر اجرای صحیح آن نظارت دارد و براساس شرح وظایف و در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می‌باشد.
۳-۶	مدیر پرستاری و سرپرستاران مسئول اجرای صحیح این سند در بخش‌های بستری می‌باشند.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
پزشک بیمار	۱-۷- پزشک بیمار نوع فرآورده و تعداد آن را در پرونده بیمار درخواست و ثبت می‌نماید.
پرستار	۲-۷- پرستار بیمار تعداد و نوع فرآورده مورد نیاز بیمار را در سیستم HIS برای بیمار درخواست کرده و فرم رزرو را همراه نمونه لخته و CBC به آزمایشگاه ارسال می‌نماید. تبصره ۱: در صورت اورژانسی بودن درخواست باید فرم درخواست اورژانسی برای بیمار پر شود و به بانک خون ارسال شود و کارشناس بانک خون موظف است طبق دستورالعمل سریعاً خون را برای بیمار آماده نماید.
پرستار	۳-۷- پس از قطعی شدن درخواست فرآورده خونی پرستار برای بیمار درخواست کراس میچ در سیستم HIS ثبت می‌نماید و در صورتی که بیمار اولین تزریق خون در این مرکز را دارد مجدداً نمونه آزمایش گروه خونی به آزمایشگاه ارسال می‌نماید.
کارشناس بانک خون	۴-۷- بانک خون طبق دستورالعمل اقدام به انجام آزمون سازگاری و لیبلینگ کیسه‌های خون می‌نماید و تمامی مراحل را دقیقاً در دفتر بانک خون ثبت می‌نماید.
کمک بهیار	۵-۷- کمک بهیار بخش حین تحویل فرآورده‌های خونی از بانک خون اطلاعات بیمار را کامل چک نموده و دفتر تحویل خون را با ثبت اطلاعات امضاء می‌نماید. فرآورده خونی در کلدباکس مخصوص تا بخش بستری بیمار حمل می‌شود.
پرستار	۶-۷- پس از تحویل باکس خون به بخش ۲ پرستار همزمان ظاهر کیسه اطلاعات کیسه، برگه درخواست و احراز هویت بیمار را همزمان با هم انجام می‌دهند. مدت زمان تحویل کیسه خون از بانک خون تا زمان تزریق نباید بیش از ۳۰ دقیقه باشد.
پرستار	۷-۷- پس از احراز هویت فعال، انتخاب ورد مناسب، توضیح فرایند ترزریق برای بیمار و آماده‌سازی ست تزریق علائم حیاتی بیمار توسط پرستار بررسی و ثبت می‌گردد.
پرستار	۸-۷- زمان‌های پایش شرایط بیمار جهت تزریق خون توسط پرستار شامل موارد ذیل می‌باشد: ➤ قبل از آغاز تزریق ➤ بلافاصله پس از شروع تزریق ➤ ۱۵ دقیقه بعد ➤ حداقل هر یک ساعت طی تزریق ➤ در پایان تزریق ➤ ۴ ساعت پس از اتمام تزریق
پرستار	۹-۷- پس از پایان تزریق برگه پایش تزریق توسط ۲ پرستار به‌طور کامل تکمیل و مهر و امضاء و به بانک خون ارسال می‌گردد. همچنین علائم حیاتی و شرایط بیمار حین تزریق در پرونده بیمار ثبت می‌شود.
پرستار	۱۰-۷- در صورتی که بیمار حین تزریق دچار عارضه شود مراحل زیر به ترتیب توسط پرستار انجام می‌شود و یک لوله آزمایش لخته و یک آزمایش ادرار از بیمار به آزمایشگاه ارسال می‌گردد: ➤ انتقال خون را متوقف نمائید. ➤ یک جریان IV با نرمال سالین ۹٪ بازنگه دارید.



	➤ مطمئن شوید که واحد صحیح به بیمار مربوطه داده شده است (شناسایی بیمار و واحد خون درخواستی). ➤ علائم و نشانه های حیاتی را کنترل نمائید. ➤ به پزشک مسئول و بانک خون اطلاع دهید. ➤ پس از اینکه انتقال خون متوقف شد (بجز در موارد واکنش های خفیف آلرژیک)، به مورد زیر توجه نمائید: 🚑 نمونه تازه ای از خون و ادرار جمع آوری نموده و همراه با واحد خون و ست تزریق به بانک خون ارسال نمائید. ➤ با پزشک مسئول مشورت نمائید و پروتکل بیمارستان را اجرا نمائید.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱-پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای روش اجرایی توسط سوپروایزر آزمایشگاه به صورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مرتبط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای روش اجرایی هر ۳ ماه یکبار توسط سوپروایزر آزمایشگاه به کمیته طب انتقال خون و هر ۶ ماه یکبار توسط دفتر بهبودکیفیت بیمارستان در کمیته ی سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد. ۸-۲-نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این روش اجرایی به شرح زیر خواهد بود: نظارت بر عملکرد پرسنل آزمایشگاه در اجرای صحیح روش اجرایی به ترتیب برعهده مسئول فنی، سوپروایزر و مدیر درمان خواهد بود. تبصره ۲: گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده به صورت رونوشت توسط سوپروایزر آزمایشگاه به دفتر بهبودکیفیت ارسال میگردد.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱-تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر درمان، کمیته طب انتقال خون و آزمایشگاه مرجع تأیید این سند خواهد بود. ۹-۲-تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این روش اجرایی خواهد بود. ۹-۳-توزیع و نگهداری: نسخه اصل این روش اجرایی در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این روش اجرایی توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت. ۹-۴-بازنگری: این روش اجرایی توسط بهبودکیفیت به صورت سالانه مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. صاحب فرایند، رئیس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر بهبود می توانند پیشنهاد بازنگری در این روش اجرایی را خارج از بازه ی زمانی مشخص شده مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع: 10-1- مرجع سلامت ۱۰-۲ استاندارد آزمایشگاههای پزشکی ویرایش سال ۱۳۹۷	

تهیه کنندگان			
	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	رامین متقی سوپروایزر آزمایشگاه	ثمره ملکی مسئول کنترل کیفیت آزمایشگاه
			
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده		تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان		فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	