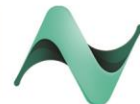


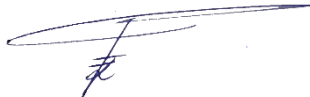
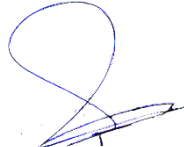


۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل حفظ سطح کیفیت آزمایشات و گزارش نتیجه آزمایش با صحت و دقت قابل قبول می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: دامنه کاربرد این سند تمامی بخش های مرتبط با نمونه آزمایش در بیمارستان نیکان است.	
۳- تعاریف: در این دستورالعمل آزمایشگاه بیمارستان نیکان به اختصار آزمایشگاه ذکر شده است.	
۴- سیاست اجرائی بیمارستان: ۱-۴- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف حفظ سطح کیفیت آزمایشات و گزارش نتیجه آزمایش با صحت و دقت قابل قبول گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر آزمایشگاه	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول فنی آزمایشگاه مسئول مستقیم نظارت بر حسن اجرای و پایش این سند در واحدهای مرتبط می باشد.
۲-۶	سوپروایزر آزمایشگاه مسئول مستقیم اجرای صحیح و نظارت بر اجرا صحیح این سند در واحدهای مرتبط می باشد.
۳-۶	تمامی همکاران در ارتباط با نمونه آزمایش در تمامی بخش های آزمایشگاه و سرپرستان بخش های بستری مسئول، اجرا، آموزش و پایش این سند در واحدهای مرتبط می باشد.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	۱-۷- موارد عمومی - نام و مشخصات ذکر شده بر روی نمونه با فرم درخواست باید مطابقت داشته باشد. - حجم نمونه خون باید به میزان کافی باشد و نمونه های لخته نباید کمتر از ۵ میلی لیتر باشد. - نمونه ارسال شده در لوله متناسب با آزمایش درخواست شده به آزمایشگاه ارسال گردد. - ثبت زمان نمونه گیری روی نمونه الزامی است. - نمونه نباید همولیز باشد. - رعایت نگهداری و انتقال نمونه در دمای مناسب الزامی است.
پرستار / کارشناس آزمایشگاه	
پزشک / پرستار	۲-۷- آزمایشگاه بانک خون - درخواست های رزرو خون و فرآورده ها که همراه نمونه ارسال می شود، باید به صورت کامل و خوانا تکمیل گردد و نیز دارای مهر پزشک و بخش درخواست کننده باشد.
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط سوپروایزر آزمایشگاه به صورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مرتبط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر ۳ ماه یکبار توسط سوپروایزر آزمایشگاه به کمیته طب انتقال خون و هر ۶ ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت بیمارستان در کمیته ی سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد. ۲-۸- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح زیر خواهد بود: نظارت بر عملکرد پرسنل آزمایشگاه در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب برعهده مسئول فنی، سوپروایزر و مدیر درمان خواهد بود. تبصره: گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده به صورت رونوشت توسط سوپروایزر آزمایشگاه به دفتر بهبود کیفیت ارسال می گردد.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹- تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر درمان، کمیته طب انتقال خون و آزمایشگاه مرجع تأیید این سند خواهد بود. ۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود. ۳-۹- توزیع و نگهداری: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت. ۴-۹- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. صاحب فرایند، رئیس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر بهبود می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه ی زمانی مشخص شده مطرح نمایند.	



۱۰- منابع و مراجع :

- ۱۰-۱- طراحی و مبانی تضمین کیفیت در آزمایشگاه پزشکی
 ۱۰-۲- دستورالعمل معیارهای رد نمونه مرجع سلامت
 ۱۰-۳- کتاب اطلاعات جامع آزمایشهای تشخیص طبی دکتر فلاح آزاد

تهیه کنندگان			
		ثمره ملکی مسئول کنترل کیفی آزمایشگاه	رامین متقی سوپروایزر 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			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	