



۱- هدف: هدف از تدوین این سند، اطمینان از شناسایی سریع، مدیریت و واکنش مؤثر، و گزارش دقیق عوارض حاد ناشی از تزریق خون جهت پیشگیری از عوارض جانی، تسریع درمان، و بهبود ایمنی بیماران در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

۲- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش های مصرف کننده خون و فراورده های خونی در بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

۳- تعاریف: -

۴- مسئولیت ها و اختیارات:

۴-۱- مسئول بانک خون مسئولیت تدوین، آموزش، بازنگری در بازه زمانی مشخص، پایش و جمع آوری الزامات این سند را برعهده دارند و در محدوده فعالیت خود بر اساس شرح وظایف ابلاغی دارای اختیار می باشند.

۴-۲- مدیر آزمایشگاه و سوپروایزر آزمایشگاه مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.

۴-۳- پرستاران و کارشناسان بانک خون مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

۵- گام های دستورالعمل:

۵-۱- تشخیص اولیه علائم عارضه حاد انتقال خون:

۵-۱-۱- در حین ترانسفوزیون خون، خصوصاً در ۱۵ دقیقه اول، بیمار باید دقیقاً توسط پرستار تحت نظر باشد تا در صورت بروز علائم هشدار، سریعاً مداخله انجام گیرد.

۵-۱-۲- علائم هشداردهنده عبارتند از :

- تب ناگهانی یا لرز
- کهیر، راش یا خارش پوستی
- تنگی نفس یا خس خس سینه
- تهوع، استفراغ یا اضطراب ناگهانی
- افت فشار خون یا افزایش ضربان قلب (تاکیکاردی)
- درد پهلوی، قفسه سینه یا کمر
- قرمزی صورت (فلاشینگ) یا تعریق شدید
- تغییر رنگ ادرار (تیره یا خونی)
- کاهش برون ده ادراری

۵-۲- اقدامات پرستار در صورت بروز عارضه حاد:

۵-۲-۱- تزریق خون باید بلافاصله توسط پرستار متوقف شود.

۵-۲-۲- پرستار باید نرمال سالین ۰.۹٪ را از طریق IV Line ادامه دهد تا مسیر وریدی باز بماند.

۵-۲-۳- مشخصات بیمار و کیسه خون باید توسط پرستار بررسی و از صحت تطابق آن ها اطمینان حاصل شود.

۵-۲-۴- علائم حیاتی بیمار (درجه حرارت، نبض، فشار خون، تنفس) باید توسط پرستار اندازه گیری و ثبت گردد.

۵-۲-۵- بلافاصله باید پزشک معالج و بانک خون توسط پرستار از بروز عارضه مطلع شوند.

۵-۲-۶- یک نمونه جدید از خون و ادرار بیمار باید بلافاصله توسط پرستار تهیه شود و همراه با کیسه خون و ست تزریق به بانک خون ارسال گردد.



۵-۲-۷- فرم گزارش عارضه باید بلافاصله توسط پرستار به صورت دقیق و خوانا تکمیل شود و پس از مهر و امضای پزشک معالج، به بانک خون ارسال گردد.

۵-۲-۸- طبق دستور پزشک معالج، اقدامات درمانی مناسب باید توسط پرستار انجام گیرد.

جدول انواع عوارض حاد انتقال خون

نوع عارضه	علائم بالینی	ملاحظات درمانی اصلی
آلرژی خفیف	کهمیر، خارش، راش موضعی	قطع تزریق، تجویز آنتی هیستامین، ادامه در صورت بهبود
آلرژی شدید (آنافیلاکسی)	تنگی نفس، افت فشار، آریتمی، ادم حنجره	تزریق اپی نفرین، مراقبت تنفسی، تماس با پزشک
تبزا (Febrile)	تب، لرز، سردرد، احساس ناراحتی	تبرها، اجتناب از آسپرین در بیماران ترومبوسیتوپنیک
همولیتیک حاد	تب، درد پهلوی، هموگلوبینوری، افت فشار، تائیکاردی	مایعات، دیورتیک، عدم ادامه تزریق تا مجوز مجدد
TRALI	تب، تنگی نفس، ادم ریوی بدون علت قلبی	اکسیژن تراپی، تهویه مکانیکی در صورت نیاز، هشدار به بانک خون
سپتیک (عفونت باکتریایی)	تب بالا، لرز شدید، تهوع، افت فشار، شوک	آنتی بیوتیک وسیع الطیف، کشت خون، بررسی کیسه خون

۵-۳- اقدامات کارشناس بانک خون پس از دریافت گزارش عارضه:

۵-۳-۱- فرم گزارش عوارض ناخواسته بعد از تزریق خون و فرآورده های خونی (که قسمت اولیه آن توسط بخش تکمیل شده) به همراه کیسه و ست تزریق خون، نمونه خون و ادرار بیمار باید توسط کارشناس بانک خون از بخش دریافت شود.

۵-۳-۲- آزمایشات و بررسی های مورد نیاز مطابق با روش های عملکردی استاندارد مربوط به هر آزمایش باید توسط کارشناس بانک خون انجام و نتایج در قسمت مربوطه در فرم گزارش عارضه ثبت گردد.

۵-۳-۳- در صورت مشکوک بودن به آلودگی میکروبی، بررسی میکروب شناسی شامل تهیه اسمیر، انجام رنگ آمیزی گرم، کشت هوازی و بی هوازی در محیط های مربوطه باید توسط کارشناس بانک خون از نمونه خون بیمار و محتویات ست تزریق خون به طور جداگانه انجام و نتایج ثبت گردد.

۵-۳-۴- پس از تکمیل قسمت مربوط به بانک خون و ثبت نتایج آزمایشگاهی، فرم گزارش عوارض ناخواسته بعد از تزریق خون و فرآورده های خونی باید توسط کارشناس بانک خون جهت تایید پزشک ارشد هموویژلانس (و یا جانشین ایشان) به ایشان ارجاع گردد.

۵-۳-۵- فرم های تکمیل شده و مهوور به مهر پزشک ارشد هموویژلانس باید حداکثر طی ۴۸ ساعت از زمان بروز عارضه توسط کارشناس بانک خون به دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون ایمیل گردد.



۶- پایش و نظارت:

۶-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط مسئول بانک خون، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر ۳ ماه یکبار توسط مسئول بانک خون به کمیته طب انتقال خون بیمارستان مطرح خواهد شد.

۶-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح ذیل خواهد بود:

۶-۲-۱- نظارت بر عملکرد پرستاران در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب بر عهده سرپرستاران و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خواهد بود.

۶-۲-۲- نظارت بر عملکرد کارشناسان بانک خون در اجرای صحیح دستورالعمل بر عهده مسئول بانک خون خواهد بود.

۶-۲-۳- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و مسئول بانک خون در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب بر عهده سوپروایزران بالینی و سوپروایزر/مدیر آزمایشگاه خواهد بود.

۶-۲-۴- نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی و سوپروایزر/مدیر آزمایشگاه در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

تبصره ۱: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر آزمایشگاه خطاب به مدیر آزمایشگاه، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت و ثبت در نرم افزار تریتا انجام می شود.

۷- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۷-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته طب انتقال خون مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

۷-۲- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

۷-۳- نگهداری و توزیع: 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.

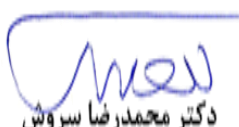
۷-۴- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، سوپروایزر آزمایشگاه، مسئول بانک خون و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.

۸- منابع و مراجع:

۸-۱- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

۸-۲- دستورالعمل های ابلاغی سازمان انتقال خون



عبداله فلاحي-کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار 	دکتر الهام ظرافت فرد پزشک ارشد هموویزیلاس 	حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه 	دکتر سعادت مولانایی مسئول فنی آزمایشگاه 	حمیده ناظری مسئول بانک خون / دبیر کمیته طب انتقال خون 	تهیه کنندگان
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان 	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته طب انتقال خون مورخ ۱۴۰۴/۰۶/۰۳ دکتر مهلوی معصومی مدیریت امور درمان 	تایید کننده جانشین رئیس کمیته	دکتر مهلوی معصومی مدیریت امور درمان 	تایید اولیه
نسخه کپی تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۹ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۰۸/۰۶ بیمارستان نیکان غرب		دفتر سنجش و پایش کیفیت 			توزیع نسخ