

## سنجه های اعتباربخشی دور پنجم – آزمایشگاه و بانک خون

ردیف	عنوان سنجه	گزارش وضعیت موجود
۱	<b>ب-۸-۱-۱* نمونه برداری آزمایشگاه با رعایت الزامات شناسایی و ایمنی بیمار، کنترل عفونت و ضوابط مربوط برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.</b>	
	ارائه راهنماییهای آمادگی بیمار قبل از جمع آوری نمونه به بیماران، پزشکان، و سایر کارکنان بالینی(مصاحبه با بیمار)	
	ارائه راهنماییهای جمع آوری انواع نمونه	
	رعایت موازین کنترل عفونت و بهداشت دست توسط نمونه گیر	
	آگاهی کارکنان بالینی در بخشهای بستری و کارکنان آزمایشگاه از راهنمای جمع آوری نمونهها و سایر الزامات نمونه برداری(مصاحبه با کارکنان بالینی بخش های بستری)	
۲	<b>ب-۸-۱-۲* پس از شناسایی فعال بیماران طبق موازین ایمنی، برچسب گذاری نمونه های آزمایش بر بالین بیمار و با قید حداقل شناسه های لازم انجام می‌شود.</b>	
	تعیین و ثبت حداقل دو شناسه منمصر به فرد مثل نام بیمار و کد اختصاصی، برای شناسایی بیماران و سایر اطلاعات در برچسب گذاری نمونه	
	ثبت تاریخ و زمان جمع آوری نمونه بر روی برچسب	
	آگاهی کارکنان بالینی مسئول نمونه برداری در بخشهای بستری از نموه و الزامات برچسب گذاری نمونههای آزمایش(مصاحبه با کارکنان بالینی بخش های بستری)	
	برچسب گذاری نمونههای آزمایش بر بالین بیمار و پس از نمونه بر داری و تخلیه نمونه در لوله آزمایش در بخشهای بستری(مصاحبه با کارکنان بالینی بخش های بستری)	
۳	<b>ب-۸-۱-۳* انتقال نمونه های عفونی در داخل و خارج بیمارستان طبق موازین پیشگیری و کنترل عفونت و رعایت ضوابط نمونه های ارجاعی، انجام می‌شود.</b>	
	اطلاع رسانی و آگاهی کارکنان مسئول در بخشهای بستری در خصوص نموه بسته بندی و انتقال ایمن و امن نمونههای عفونی به آزمایشگاه(وجود مستندات اطلاع رسانی- مصاحبه با کارکنان بالینی بخش های بستری)	
	نگهداری /انتقال نمونه های عفونی از بخشها به آزمایشگاه به روش ایمن و امن	
	آگاهی کارکنان مسئول در آزمایشگاه در خصوص نموه بسته بندی و انتقال ایمن و امن نمونههای عفونی ارجاعی به آزمایشگاههای خارج از بیمارستان	

	استفاده از بستهبندی نمونهها به روش استاندارد (پوشش سه لایه) برای انتقال نمونههای ارجاعی به خارج از بیمارستان طبق دستورالعمل ابلاغی
	<b>ب-۸-۱-۴ معیارهای پذیرش (رد و قبول) نمونه های دریافتی از سایر بخش ها تعیین شده و بر اساس آن اقدام می شود.</b>
	تعیین معیارهای رد یا قبول نمونههای مختلف توسط آزمایشگاه
۴	اطلاع رسانی و آگاهی کارکنان بخشهای بستری از معیارهای رد و قبول نمونههای آزمایش (مستندات اطلاع رسانی - مصاحبه و آگاهی بخش های بالینی)
	آگاهی کارکنان نمونهگیری و پذیرش آزمایشگاه از معیارهای رد و قبول نمونههای آزمایش
	<b>ب-۸-۱-۵* برچسب گذاری نمونه های آزمایش به صورت هوشمند و بر اساس سیستم اطلاعات بیمارستان برنامه ریزی و اجرا می شود.</b>
۵	استفاده از تجهیزات چاپ خودکار برچسبهای آزمایشها متصل به سامانه اطلاعات بیمارستان در پذیرش آزمایشگاه برای نمونههای سرپایی
	استفاده از تجهیزات چاپ خودکار برچسبهای آزمایشها متصل به سامانه اطلاعات بیمارستان در پذیرش آزمایشگاه برای نمونههای بستری و ارجاعی
	<b>ب-۸-۱-۶ خون گیری از بیماران با شیوه خلاء و خودکار انجام می شود.</b>
۶	استفاده از ابزارهای معتبر خونگیری از بیماران با شیوه خلا و خودکار برای نمونههای بیماران سرپایی و بستری
	<b>ب-۸-۲-۱* آزمایشگاه بیمارستان در پیاده سازی استانداردهای اختصاصی آزمایشگاه مرجع سلامت مشارکت فعال دارد.</b>
۷	حضور فعال و نظارت مسئول فنی آزمایشگاه بر فعالیتهای آزمایشگاه در راستای پیاده سازی استانداردهای اختصاصی آزمایشگاه مرجع سلامت
	کسب امتیاز قابل قبول آزمایشگاه بر اساس چک لیست ارزیابی ابلاغ شده آزمایشگاه مرجع سلامت
	<b>ب-۸-۲-۲ انجام آزمایشها بر اساس روش های مدون و با استفاده از کیت و مواد مصرفی معتبر برنامه ریزی و انجام می شود.</b>
۸	تدوین دستورالعمل نمونه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاههای پزشکی (مشاهده مستندات-مصاحبه با پرسنل)

	آگاهی کارکنان در بخشهای مختلف آزمایشگاه و انجام آزمایشها مطابق دستورالعمل مربوط	
	وجود دستورالعمل کاربری دستگاهها در بخشهای مختلف آزمایشگاه(مشاهده مستندات-مصاحبه با پرسنل)	
	ثبت نام و سری ساخت و تاریخ اعتبار کیت یا سایر معرفهای مصرفی، نام فرد انجام دهنده و ساعت انجام آزمایش در لیست کاری همان شیفت در هر نوبت کاری(بررسی سوابق)	
	<b>ب-۸-۲-۳ کنترل کیفیت آزمایشها به صورت مدون در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.</b>	
۹	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت بخشهای فعال آزمایشگاه(مشاهده مستندات)	
	اجرای برنامه کنترل کیفیت داخلی در بخشهای مختلف آزمایشگاه در هر نوبت کاری به روش معتبر	
	بررسی و تفسیر نتایج کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف توسط مسئول فنی و کارکنان واجد صلاحیت	
	اجرای اقدامات اصلاحی متناسب در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفیت در هریک از آزمایشها(مستندات اقدامات اصلاحی انجام شده)	
	<b>ب-۸-۲-۴ مدت پایداری انواع نمونه و آزمایشها تا زمان انجام آزمایش مشخص شده و رعایت می شود.</b>	
۱۰	تدوین جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه برای انجام آزمایشهای مختلف و شرایط نگهداری نمونهها از زمان جمع آوری تا هنگام انجام آزمایش	
	اطلاع رسانی جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونهها از زمان جمع آوری تا هنگام انجام آزمایش و شرایط نگهداری نمونهها به بخشهای بستری و اورژانس	
	آگاهی کارکنان اورژانس، بخشهای بستری و کارکنان آزمایشگاه از مدت پایداری نمونههای مختلف و شرایط نگهداری نمونهها قبل از انجام آزمایش(مصاحبه با پرسنل بخش هی بالینی)	
	<b>ب-۸-۲-۵ آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت شرکت نموده و از نتایج آن در برنامه های بهبود کیفیت خدمات آزمایشگاه استفاده می نماید.</b>	
۱۱	شرکت آزمایشگاه سه نوبت در سال در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت	
	آگاهی کارکنان مرتبط از نحوه تفسیر نتایج ارزیابی خارجی کیفیت و بررسی و تفسیر	

	گزارشات برنامه ارزیابی خارجی کیفیت (مصاحبه با کارکنان آزمایشگاه)	
	اقدام اصلاحی در صورت بدست آمدن نتایج غیر قابل قبول، لازم	
	<b>ب-۸-۲-۶ نحوه کسب اطمینان بیمارستان از کیفیت عملکرد آزمایشگاه طرف قرارداد برای آزمایش‌های ارجاعی تعیین شده و بر اساس آن اقدام می‌شود.</b>	
۱۲	تنظیم قرارداد مکتوب با آزمایشگاه طرف قرارداد برای انجام آزمایش‌های ارجاعی مطابق "دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی" آزمایشگاه مرجع سلامت	
	درج نمونه ارزیابی صلاحیت دوره‌های آزمایشگاه ارجاع در مفاد قرارداد ارجاع	
	انجام ارزیابی صلاحیت دوره‌های آزمایشگاه ارجاع زیر نظر مسئول فنی آزمایشگاه ارجاع دهنده و نگهداری سوابق آن	
	<b>ب-۸-۳-۱* مقادیر بحرانی آزمایش‌ها تعیین شده و در معرض دید است و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.</b>	
۱۳	تعیین دامنه یا مقادیر بمرانی آزمایش‌ها توسط آزمایشگاه با مشارکت پزشکان متخصص به تفکیک گروه‌ها و شرایط بالینی بیماران	
	قرار گرفتن دامنه یا مقادیر بمرانی آزمایش‌ها در معرض دید کلیه کارکنان فنی و کارکنان پذیرش و نمونه گیری آزمایشگاه (مشاهده)	
	آگاهی کارکنان مرتبط از دامنه یا مقادیر بمرانی آزمایش‌ها (مصاحبه با پرسنل آزمایشگاه)	
	<b>ب-۸-۳-۲* نتایج بحرانی آزمایش‌ها قبل از هرگونه کنترل مجدد، از طریق خط آزاد ارتباطی اعلام نتایج بحرانی گزارش فوری می‌شود.</b>	
	تدوین دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی (مشاهده دستورالعمل)	
۱۴	آگاهی کارکنان آزمایشگاه و بخش‌های بیمارستان از روند ارسال و دریافت گزارش نتایج بحرانی (مصاحبه)	
	کنترل مجدد نتایج بمرانی پس از اعلام اخطاری نتیجه اولیه به بخش	
	<b>ب-۸-۳-۳ زمان بندی نتایج آزمایش‌های روتین و اورژانس و ارجاعی تعیین و اطلاع رسانی می‌شوند و مسئول فنی بر روند اجرای آن نظارت می‌نماید.</b>	
۱۵	تدوین جدول فهرست آزمایش‌های روتین غیر اورژانسی آزمایشگاه و زمان پاسخگویی آنها توسط آزمایشگاه و اطلاع رسانی به بخش‌های بستری و اورژانس	
	تدوین جدول فهرست آزمایش‌های اورژانس آزمایشگاه و زمان پاسخگویی آنها توسط آزمایشگاه و اطلاع رسانی به بخش‌های بستری و اورژانس	

	نظارت مسئول فنی آزمایشگاه بر رعایت زمان پاسخگویی نتایج آزمایشهای روتین و اورژانس و در صورت عدم انطباق انجام اقدام اصلاحی لازم(گزارش موارد عدم انطباق و اقدامات اصلاحی صورت گرفته)	
	<b>ب-۸-۳-۴ نتایج آزمایش ها قبل از گزارش مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت لزوم بازنگری / تایید می شوند.</b>	
۱۶	تایید اولیه نتایج آزمایشها توسط کارشناس مسئول تایید اولیه نتایج از بین کارشناسان در هریک از بخشهای آزمایشگاه	
	تایید نهایی نتایج آزمایشها توسط مسئول فنی بررسی شده و جهت صدور نتایج و یا دستور اخذ شرح حال، تکرار آزمایش	
	در صورت وقوع خطای آزمایشگاهی، بدون تممیل هزینه به بیمار تکرار آزمایش و نگهداری نتایج تممیل نهایی در سوابق آزمایشگاه	
	<b>ب-۸-۳-۵* گزارش نتایج آزمایشها به نحوی است که هیچگونه اختلال / تاخیری در روند مراقبت و درمان بیماران مشاهده نمی شود.</b>	
۱۷	گزارش نتایج آزمایشهای روتین و غیر اورژانسی مطابق جدول زمان پاسخگویی آنها توسط آزمایشگاه	
	گزارش نتایج آزمایشهای اورژانسی مطابق جدول زمان پاسخگویی آنها توسط آزمایشگاه	
	<b>ب-۹-۱-۱* حمل و نقل خون و فراورده های خونی از سازمان انتقال خون و در داخل بیمارستان در همه مراحل با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام می شود.</b>	
	استفاده از ماشین مخصوص حمل و نقل خون و فرآوردهها از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان	
۱۸	حمل و نقل خون و فرآوردههای خونی توسط افراد آموزش دیده دارای کارت یا گواهی صادر شده دارای اعتبار از سازمان انتقال خون برای فرد مسئول حمل و نقل	
	استفاده از ممفظههای مخصوص حمل و نقل و ثبت کننده دما در باکس حاوی کیسههای خون در زمان حمل از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان	
	ثبت دمای فرآورده در هنگام تمویل در بانک خون بیمارستان	
	تمویل دادن فرآورده از بانک خون به بخشهای بیمارستان با باکسهای جداگانه و ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره	
	<b>ب-۹-۱-۲* خون و انواع فرآورده های خونی در شرایط و دمای مناسب در بانک خون، اتاق عمل و بخش ها نگهداری می شوند.</b>	

	چیدمان کیسه‌های خون در یخچال به ترتیب تاریخ انقضا و تنظیم مصرف خون و فرآورده‌ها با روشی مشخص و قبل از انقضای تاریخ آنها	۱۹
	نگهداری فرآورده‌های پلاسمایی منجمد و کرایو به ترتیب تاریخ انقضا	
	ثبت کنترل روزانه خون و فرآورده‌های آن از نظر تاریخ انقضا و اطمینان از عدم وجود فرآورده تاریخ انقضا گذشته	
	تنظیم سیستم هشدار دهنده یخچال مخصوص بانک خون با اعلام هشدار کمتر از 5 / 2 و بیشتر از 5 / 5 درجه سانتی گراد	
	موجود بودن سیستم هشداردهنده دما در شیکر انکوباتور دار پلاکتی یا آژیتاتور پلاکتی	
	ثبت دمای یخچال و فریزر و شیکر انکوباتوردار پلاکت با ترمومتر دیجیتالی ترموگراف دستی و بررسی ترموگرافهای آنها حداقل روزی یک بار	
	تنظیم سیستم هشدار دهنده فریزر مخصوص بانک خون و هشدار آن در بیشتر از 21 درجه سانتی گراد	
	تنظیم سیستم هشدار دهنده شیکر انکوباتور پلاکتی و هشدار آن در بیشتر از 5 / 23 درجه سانتی گراد و کمتر از 5 / 20 درجه سانتی گراد	
<b>ب-۹-۲-۱* مدیریت کیفیت نمونه های بانک خون برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.</b>		
	برچسب نمونه‌های آزمایش بانک خون حداقل شامل نام و نام خانوادگی و نام پدر و شماره انحصاری رایانه‌ای بیمار، نام بخش، ساعت و تاریخ نمونه‌گیری، نام نمونه‌گیر	۲۰
	تعیین معیارهای پذیرش و رد نمونه توسط آزمایشگاه بانک خون	
	ارزیابی معیارهای پذیرش و رد نمونه و الزامات هویتی بیمار و سایر مشخصات فنی در بدو ورود به آزمایشگاه بانک خون و در صورت عدم انطباق اخذ نمونه مجدد	
<b>ب-۹-۲-۲* کیسه های خون و فرآورده های خونی برچسب گذاری شده و تحت نظارت و کنترل هستند.</b>		
	برچسب گذاری کیسه‌های خون در ابعاد متناسب و با حداقل اطلاعات الزامی به صورت خوانا	۲۱
	زنجیره تمویل و انتقال کیسه‌های خون از بانک خون به بالین بیمار و بالعکس تمت کنترل و صیانت کامل از کیفیت و اطلاعات فرآورده	
<b>ب-۹-۳-۱ نحوه انجام آزمایش های بانک خون بر اساس روش های مدون و با استفاده از کیت و مواد مصرفی معتبر برنامه ریزی و انجام می‌شود.</b>		

	تدوین دستورالعمل نمونه انجام آزمایشهای بانک خون توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان و با استفاده از راهنماییهای ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون	۲۲
	آگاهی کارکنان آزمایشهای بانک خون و انجام آزمایشها مطابق دستورالعمل مربوط	
ب-۹-۳-۲ کنترل کیفیت آزمایش ها به صورت مدون در بانک خون انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.		
	انجام کنترل کیفیت آزمایشهای فعال و آنتی سرمها در بانک خون، تفسیر نتایج و اعمال اقدامات اصلاحی در صورت لزوم و نگهداری سوابق کنترل کیفی	۲۳
	شرکت آزمایشگاه بانک خون در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت 3 و استفاده از نتایج آن در بازرگری مدیریت کیفیت	
ب-۹-۴-۱* وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون و فراوردههای خونی شناسایی، پیشگیری و مدیریت می شوند.		
	طرح تمامی وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون در کمیته طب انتقال خون	۲۴
	تملیل ریشه ای وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون	
ب-۹-۴-۲* بیمارستان دارای گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون است.		
	اجرا و نهادینه شدن الزامات نظام مراقبت از خون ( همویژولانس ) با استفاده از فرمهای استاندارد در بیمارستان	۲۵
	اخذ گواهی نامه استقرار نظام مراقبت از خون ( همویژولانس ) با تاریخ معتبر از سازمان انتقال خون	
ب-۹-۴-۳ بیمارستان از فرم های استاندارد نظام مراقبت از خون استفاده می نماید و مندرجات آن تکمیل می شود.		
	فعال بودن و استفاده از تمامی فرمهای استاندارد نظام مراقبت از خون و ثبت دقیق اطلاعات مورد نیاز	۲۶
	رعایت تمامی فرایندهای مراقبت از خون در تمام سطوح آزمایشگاه بانک خون، بخشهای بالینی و اتاق عمل و اورژانس	
ب-۹-۴-۴ عوارض ناخواسته انتقال خون و فراوردههای خونی با استفاده از فرمهای نظام مراقبت از خون گزارش می شود.		
	استفاده از فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته	۲۷
	گزارش عوارض ناخواسته انتقال خون و فراوردههای خونی به سازمان انتقال خون	

	حداکثر ظرف 48 ساعت از وقوع عارعه	
۲۸	ب-۹-۴-۵ پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون، دوره آموزشی نظام مراقبت از خون را گذرانده اند.	
	گذراندن دوره آموزشی هموویتولانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون	
۲۹	ب-۹-۴-۶ میزان مصرف و خون های برگشتی از بخش های بالینی به بانک خون پایش و مدیریت می شود.	
	پایش میزان خونهای برگشتی به آزمایشگاه بانک خون به تفکیک بخشها /گروههای تخصصی با مموریت کمیته طب انتقال خون	
	ارزیابی دمای خونهای برگشتی و اقدام اصلاحی در صورت لزوم	
	گزارش نتایج پایش در کمیته طب انتقال خون و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود در صورت لزوم	