

طب انتقال خون

مدیریت و سازماندهی

(۱) برنامه استراتژیک

۱-۲) نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در بخش بانک خون در دسترس است.

۱-۴) در بخش بانک خون، نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.

۱-۴) تمام کارکنان بخش بانک خون، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

(۲) رئیس بخش (مسئول فنی آزمایشگاه)

شرایط احراز ریاست بخش بانک خون (مسئول فنی آزمایشگاه) :

۱-۲) تحصیلات :

(۳) مدیر اجرایی بخش

شرایط احراز مدیر اجرایی بخش بانک خون :

۱-۳) تحصیلات :

۲-۳) سابقه کار:

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۴) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

۴ + پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش بانک خون، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس آزمایشگاه است:

۴ + نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی

۴ + شرح وظایف شغلی امضاء شده توسط فرد

۴ + چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و بهداشت محیط امضاء شده توسط فرد

۴ + کپی آخرین مدرک تحصیلی

۴ + کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده از سازمان انتقال خون موجود است

۴ + مستندات مربوط به ارزیابی اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت های محوله

۴ + مستندات مربوط به آزمون های دوره ای ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان

۴ + مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

(۵) لیست کارکنان

۵ +۶ در بخش بانک خون، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:

۵ +۶ نام و نام خانوادگی

۵ +۴ جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).

۵ +۳ سمت سازمانی

۵ +۴ لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

۵ +۴ هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند(به جز در موارد بروز بحران که بر اساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

۵ +۴ یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در بخش بانک خون، در دسترس می باشد.

۵ +۵ لیست نوبت کاری شبانه روزی هرماه گروه احیاء، در محلی مناسب و قابل رویت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

۵ +۶ برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل - خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی می باشد، برنامه ریزی انجام شده است.

۴ ۵) مستندات که نشان می دهند محاسبه وچینش پرسنل در هر نوبت کاری ، متناسب با تعداد بیماران وحجم کاراست، در بخش موجود است.

۶) دوره توجیهی بدو ورود

۱-۶) در بخش بانک خون، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشنا سازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگیها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حد اقل شامل موارد ذیل است:

۶ + ۱) معرفی کلی بیمارستان (ازجمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات ایمنی و سلامت حرفه ای، بهداشت محیط، آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

۶ + ۴) معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخشنامه های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت ها و شرح وظایف هر فرد

۶ + ۳) زیر مجموعه ای که اطلاعات مربوط به تجهیزات بخش را شرح می دهد.

۷) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۷ + ۱) مستندات نشان می دهند که آزمون اولیه/دوره ای توانمندی کارکنان باتوجه به نقش ها و مسئولیت های آنان، انجام می شود.

۷ + ۴) مستندات نشان می دهند که آزمونهای توانمندی دوره ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می شوند.

۷ + ۳) مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسائیهای شناسایی شده در آزمون دوره ای توانمندی کارکنان، انجام می گیرند.

۴ ۷ مستندات نشان می دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره ای کارکنان، مورد بررسی قرار می گیرند.

۸ آموزش و توانمندی سازی کارکنان

۴ ۸ بخش بانک خون یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی تمام کارکنان درگیر فرایند انتقال خون در تمامی بخش ها و واحدها جهت دستیابی به اهداف برنامه استراتژیک، برنامه بهبود کیفیت سازمان و استانداردهای مراقبتی بیماران، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارایه می نماید.

۴ ۸ مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان، دوره های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۴ ۸ مستنداتی که نشان می دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می نمایند، موجود است.

۴ ۸ تمام کارکنان در فواصل زمانی مناسب، آموزش های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی ریوی پایه را دریافت می نمایند.

۵ ۸ تمام کارکنان در زمینه ی نقش خود در تشخیص ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان، به طور مستمر آموزش می بینند.

۶ ۸ تمام کارکنان در زمینه ی نقش خود در ارتقای مهارتهای رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می بینند.

۴ ۸ تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت حرفه ای، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می بینند.

۸ آ تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (drill) آتش نشانی انجام می دهند.

۹ کتابچه/مجموعه ایمنی، سلامت حرفه ای و بهداشت محیط

۹ آ کتابچه /مجموعه ایمنی و سلامت حرفه ای و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

۹ آ آ اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت حرفه ای و بهداشت محیط

۹ آ آ اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۹ آ آ اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روشهای ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسائی شده بخش، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می شود.

۱۰ خط مشی ها و روش ها

۱۰ آ آ یک کتابچه خط مشی ها و روشها در بخش طب انتقال خون وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می نماید:

۱۰ آ آ خط مشی ها و روشها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.

۱۰ آ آ خط مشی ها و روشها به طور منظم بازنگری می شوند.

۱۰ آ آ خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.

۱۰ آ آ روشها به روشنی مشخص هستند.

۱۰ آ آ کتابچه /مجموعه دارای یک فهرست دقیق است

۱۰ ۶ کتابچه /مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۱۰ ۴ خط مشی ها و روشها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱۰ ۴ ۱ رعایت حقوق گیرندگان خدمت

۱۰ ۴ ۲ برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی ها و معلولیت های جسمانی،

ارزشها و اعتقادات و..).

۱۰ ۴ ۳ ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)

۱۰ ۴ ۴ چگونگی گند زدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی

۱۰ ۴ ۵ تهیه خون و فرآورده های خونی طبق درخواست پزشکان

۱۰ ۴ ۶ روش انجام آزمایش های سازگاری از جمله ABO و RH و Antibody screening و cross

match خون و فرآورده های خونی

۱۰ ۴ ۷ موارد مصرف خون و فرآورده های خونی در تمام بخش های مصرف کننده خون و فرآورده های خونی

۱۰ ۴ ۸ راهنماهای بالینی معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن

۱۰ ۴ ۹) تزریق ایمن خون و فرآورده‌های خونی

۱۰ ۴ ۱۰) ذخیره ایمن خون و فرآورده‌های خونی

۱۰ ۴ ۱۱) تعیین و پیگیری دریافت کنندگان دارای آنتی بادی که شامل مشاوره های اختصاصی می باشد.

۱۰ ۴ ۱۲) ایمنی کارکنان درمقابل ارگانسیمهای پاتوژنیک و آلوده کننده

۱۰ ۴ ۱۳) دفع مناسب خون و محصولات خونی

۱۰ ۴ ۱۴) پاسخ دهی موارد اورژانس و بحران

۱۰ ۴ ۱۵) کد احیاء

۱۰ ۴ ۱۶) حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی در داخل و خارج بیمارستان

۱۰ ۴ ۱۷) شناسائی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه

اسمی و گروه های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق

خون و فرآورده های خونی

۱۱) امکانات و ملزومات

۱۱ ۴) همه فرآورده های خونی دارای برچسبی هستند با مشخصات گیرنده، وضعیت مطابقت با خون اهدائی، حداقل یک شماره

شناسایی، نام محصول، شرایط مورد نیاز نگهداری، تاریخ انقضاء، تاریخ تولید و نام بانک خون می باشند.

۱۱ ۴) خون و فراورده های خونی بر اساس درخواست بیمارستان، بررسی آمار مصرف ۶ ماه گذشته و مطابق با اندازه و نوع خدمات بیمارستان نگهداری می شوند.

۱۱ ۳) امکان توزیع خون در ۲۴ ساعات مقدر می باشد.

۱۱ ۴) فرآیند مستندی جهت بررسی تاریخ انقضاء خون و محصولات خونی وجود دارد تا خون بیشتر از مدت زمان تعیین شده، ذخیره نشود.

۱۱ ۵) از خونی که تاریخ انقضاء آن نزدیک است، استفاده می شود و سوابق کاربردی بودن این سیستم موجود است.

۱۱ ۶) ثبت کننده اتوماتیک درجه حرارت وجود دارد.

۱۱ ۷) درجه حرارت ثبت شده روی همه سیستمها، حداقل یک بار روزانه بررسی می شود.

۱۱ ۸) دستور العمل مکتوبی برای پیگیری وضعیت، زمانیکه درجه حرارت از محدوده تعیین شده بالاتر یا پایین تر باشد وجود دارد.

۱۱ ۹) این دستور العمل ها روی دیوار یا نزدیک یخچال یا فریزر نصب شده اند.

۱۱ ۱۰) خون کامل و گلبولهای قرمز خون (RBC) در یخچال ویژه بانک خون دمای 6°C - 1°C ذخیره می شوند.

۱۱ ۱۱) پلاکتها در دمای 20°C - 24°C با تکان آرام با استفاده از روتاتور ذخیره می شوند.

- ۱۱ ۱۴) پلاسمای تازه منجمد شده (FFP) و کرایو پرسیپیتیت، در فریزر در 18°C - به مدت ۳ ماه و یا 30°C - به مدت ۳۶ ماه ذخیره می شوند.
- ۱۱ ۱۵) همه واکنشهای ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی ثبت می شوند.
- ۱۱ ۱۶) مستندات مربوط به تمام مراحل انتقال خون و محصولات خونی که بوسیله دو پرسنل تعلیم دیده انجام گرفته و ثبت می شوند، جهت بررسی و تجزیه و تحلیل، در اختیار این بخش نیز قرار می گیرند.
- ۱۱ ۱۷) فرد مسئول حمل و نقل فرآورده های خونی دارای کارت یا گواهی نامه آموزشی از سازمان انتقال خون است.
- ۱۱ ۱۸) سیستم پیگیری توزیع خون به واسطه bar coding (شماره اختصاصی) تسهیل می شود.
- ۱۱ ۱۹) فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده های خونی، به طور کامل تکمیل می گردد.
- ۱۱ ۲۰) فرم استاندارد پایش دریافت کننده خون، به طور کامل تکمیل می گردد.
- ۱۱ ۲۱) کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده و تامین ایمنی بیمار و کارکنان در اختیار دارند.
- ۱۱ ۲۲) در تمامی مراحل حمل و نقل زنجیره سرما حفظ و رعایت می گردد.
- ۱۱ ۲۳) ذوب پلاسمای مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون صورت می گیرد.

۱۱ ۲۴) مستندات مربوط به داده های آلام (سیستم هشدار) شامل نحوه انجام^۱ (SOP) و جدول مبتنی بر اطلاعات تاریخ، ساعت، کارشناس مسئول انجام آلام و نتیجه ارزیابی حداقل هفتگی آلام وجود دارد

۱۲) آزمایش ها

۱۲) ۴) آزمایش های سازگاری قبل از تزریق خون، جهت فرد گیرنده خون، از جمله بیماران اورژانسی در تمام موارد اجرا می شود و سوابق آنها وجود دارد (مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون).

ABO typing (۱-۱-۱۲)

Rh typing (۲-۱-۱۲)

غربالگری آنتی بادی (۳-۱-۱۲)

Cross match (۴-۱-۱۲)

بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

۱۳) بهبود کیفیت

۱-۱۳) بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می باشد، در دسترس است.

۲-۱۳) برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۳-۱۳) برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

¹ Standard Operating Procedure

۱۳-۴) برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

۱۳-۵) مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۱۴) جمع آوری و تحلیل داده ها

۱۴-۱) داده های بخش طب انتقال خون جمع آوری و رایانه ای می شوند.

۱۴-۲) علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۴-۳) چک لیست برای ممیزی داخلی وجود دارد.

۱۴-۴) ممیزی داخلی انجام می شود.

۱۴-۵) تحلیل نتایج ممیزی داخلی و اجرای برنامه های مداخله ای مناسب، مستند شده اند.

۱۴-۶) تحلیل نتایج ممیزی خارجی پایگاه انتقال خون و اجرای برنامه های مداخله ای مناسب، مستند شده و به پایگاه انتقال خون استان ارسال می گردند.

۱۵) سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس)

تذکر: استاندارد ۱۵، مربوط به بیمارستانهایی است که طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) را اجرا می نمایند.

- ۱۵) (۶) در بیمارستان طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) اجرا می گردد.
- ۱۵) (۴) بیمارستان مسئول هموویژلانس دارد که دارای گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون می باشد.
- ۱۵) (۳) فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده های خونی و فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی به طور کامل تکمیل می گردد.
- ۱۵) (۴) فرم درخواست پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس به طور کامل تکمیل می گردد.
- ۱۵) (۵) فرم درخواست خون و فرآورده های خونی در موارد اورژانس به طور کامل تکمیل می گردد.
- ۱۵) (۶) فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته به طور کامل و حداکثر ظرف ۲ روز به دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون ارسال می گردد.
- ۱۵) (۷) نتیجه ی حاصل از اقدامات اصلاحی صادر شده از سوی دفتر هموویژلانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون از طریق مستندات موجود قابل ردیابی است.
- ۱۵) (۸) برای پزشکان هموویژلانس، گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون و پرونده پرسنلی آنان موجود است.
- ۱۵) (۹) برای پرستاران هموویژلانس گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون و پرونده پرسنلی آنان موجود است.