

آزمایشگاه

مدیریت و سازماندهی

۱) برنامه استراتژیک

۱) نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.

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

۱) تمام کارکنان بخش آزمایشگاه از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۲) رئیس بخش (مسئول فنی)

شرایط احراز مسئول فنی آزمایشگاه، (مطابق با آئین نامه تاسیس و اداره امور آزمایشگاههای تشخیص پزشکی) :

۱-۲) تحصیلات :

۳) سوپروایزر آزمایشگاه

شرایط احراز سمت سوپروایزر:

۱-۳) تحصیلات :

۲-۳) سابقه کار:

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۴) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

۱-۴) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان آزمایشگاه، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسؤول فنی است:

۱ ۱ ۴) نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، بویژه در شرایط اورژانس، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت)

۲ ۱ ۴) سمت سازمانی

۳ ۱ ۴) شرح وظایف شغلی امضاء شده توسط فرد

۴ ۱ ۴) چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی، بهداشت محیط و اصول تضمین کیفیت امضاء شده توسط فرد

۵ ۱ ۴) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۶ ۱ ۴) کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده

۷ ۱ ۴) مستندات مربوط به آزمونهای اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت های محوله

۸ ۱ ۴) مستندات مربوط به آزمون های دوره ای ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان

۹ ۱ ۴) مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۵) لیست کارکنان

۱-۵) در آزمایشگاه، لیستی از کلیه کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

۱ ۱ ۵) نام و نام خانوادگی

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

۳ + ۵ سمت سازمانی

۲-۵ 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.

۳-۵ 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).

۴-۵ یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در آزمایشگاه، در دسترس است.

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

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

۷-۵ مستنداتی که نشان می دهند محاسبه وچینش پرسنل در هر نوبت کاری ، متناسب با،تعداد بیماران و حجم کاراست، در بخش موجود است.

۶) دوره توجیهی بدو ورود

۱-۶ در بخش آزمایشگاه، 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 می باشد:

۴ + ۶ معرفی کلی بیمارستان (ازجمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، 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)

۴ + ۶ 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

۳ + ۶ زیر مجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی آزمایشگاه

۷) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

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

۲-۷) مستندات نشان می دهند که آزمونهای ارزیابی توانمندی دوره ای حداقل سالی یکبار، برای کلیه کارکنان، برگزار می شوند.

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

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

۸) آموزش و توانمندسازی کارکنان

۱-۸) بخش آزمایشگاه یک گزارش ارزیابی سالانه از نیاز های آموزشی کارکنان درمانی و غیر درمانی این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می نماید.

۲-۸) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان، دوره های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۸) مستنداتی که نشان می دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره های باز آموزشی مدون و غیر مدون رسمی و مرتبط، شرکت می نمایند، موجود است.

۴-۸) تمام کارکنان بخش، 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 ارتقای مهارتهای رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می بینند.

۷-۸) تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می بینند.

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

۹) کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱-۹) کتابچه /مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

۹ + ۱) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۹ + ۲) اطلاعات اختصاصی برای آزمایشگاه و بخشهای آن، شامل دسترسی و استفاده از وسایل حفاظت فردی

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

۱۰) خط مشی ها و روش ها

۱-۱۰) یک کتابچه/مجموعه خط مشی ها و روشها در بخش آزمایشگاه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می نماید:

۱۰ + ۴) خط مشی ها و روشها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.

۱۰ + ۴) خط مشی ها و روشها به طور منظم بازنگری می شوند.

۱۰ + ۳) خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.

۱۰ + ۴) روشها به روشنی مشخص هستند.

۱۰ + ۵) کتابچه /مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.

۱۰ + ۶) کتابچه /مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۱۰-۲) خط مشی ها و روشها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

۱۰ + ۴) رعایت حقوق گیرندگان خدمت

۱۰ + ۴) برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی(مواردی چون زبان، ناتوانی ها و معلولیت های جسمانی، ارزشها و اعتقادات و..).

۱۰ + ۴) ارائه خدمات آزمایشگاهی طبق ضوابط قانونی وزارت بهداشت در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته(اعم از تعطیل و غیر تعطیل)

۱۰ + ۴) مراحل قبل از انجام آزمایش (Pre Analytical phase)

۱۰-۲-۴-۱) دستورالعمل پذیرش و دستورالعمل جمع آوری نمونه ها

۱۰-۲-۴-۲) دستورالعمل انجام آزمایش ها

۱۰-۲-۴-۳) استفاده از مواد نگهدارنده مناسب جهت هر آزمایش

۱۰-۲-۴) معیارهای رد یا قبول نمونه هایی که از خارج از آزمایشگاه پذیرش می گردند.

۱۰-۲-۴) فهرست آزمایشهایی که به خارج از آزمایشگاه ارجاع داده می شوند.

۱۰-۲-۴) فهرست آزمایشهایی که توسط آزمایشگاه انجام می شوند.

۱۰-۲-۴) قراردادهای خدماتی آزمایشگاه

۱۰-۲-۴) مدیریت نمونه های آزمایش

۱۰-۲-۴) موارد انجام اتوپسی

۱۰-۲-۴) دستورالعمل نحوه محاسبه نتایج در روش های کمی در صورت لزوم

۱۰-۲-۴) (۱۱) گونگی ثبت دستورات و درخواستهای شفاهی (به عنوان مثال درخواست آزمایش که بصورت تلفنی و یا در زمان خرابی سیستمهای کامپیوتری یا ارتباطی داده می شوند)

۱۰-۲-۴) (۱۲) چگونگی جمع آوری و ارسال نمونه ها از مراکز خارج از آزمایشگاه، به عنوان مثال از کلینیک خصوصی یا مطب پزشکان

۱۰ ۴ ۵) مراحل انجام آزمایش (Analytical Phase)

۱۰ ۴ ۵) دستورالعمل مکتوب و روزآمد انجام آزمایشها

۱۰ ۴ ۵) پارامترهای عملکردی روشهای انجام آزمایش نظیر حساسیت، اختصاصی بودن، محدودیت های انجام آزمایش، عوامل مداخله گردانجام آزمایش

۱۰ ۴ ۵) پاسخ دهی موارد بحران

۱۰ ۴ ۵ ۴) چگونگی اجرای دستورالعمل کنترل کیفی داخلی و نحوه اطمینان از صحت و دقت نتایج آزمایشگاهی

۱۰ ۵ ۴ ۵) برنامه منظم و مدون انجام کنترل کیفی در کلیه بخش های آزمایشگاهی و کلیه نوبت ها

۱۰ ۶ ۵ ۴) چگونگی آلودگی زدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط نمونه عفونی یا بالقوه عفونی

۱۰ ۴ ۶) مراحل پس از انجام آزمایش (Post Analytical Phase)

۱۰ ۴ ۶ ۶) محدوده مرجع

۱۰ ۴ ۶ ۴) محدوده قابل گزارش

۱۰ ۴ ۶ ۴) محدوده هشدار یا مقادیر بحرانی (Panic Value) (مقادیر بحرانی، مواردی هستند که نتایج آزمایش به نحو خطرناکی غیر طبیعی می باشد و ممکن است جان بیمار در خطر باشد).

۱۰ ۴ ۶ ۴) زمان بندی و نحوه گزارش دهی فوری نتایجی که در محدوده هشدار یا بحرانی قرار می گیرد.

۱۰ ۶ ۴ ۵) چگونگی تفسیر نتایج (در صورت لزوم)

۱۰ ۶ ۴ ۶) اقدامات بعدی در برخورد با نتایج غیر طبیعی (تکرار آزمایش – انجام یا توصیه جهت انجام آزمایش های تاییدی یا تکمیلی – فردی که نتیجه آزمایش باید به او اطلاع داده شود زمان اطلاع جواب)

۱۰ ۴ ۶) مستندات مربوط به تجهیزات فنی و تخصصی آزمایشگاه بر اساس مصوبات آزمایشگاه مرجع سلامت

۱۰ ۴ ۸) 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) مستندات (سوابق):

۱۱-۱) دفتر ثبت یا نرم افزار آزمایشگاه، موجود در آزمایشگاه، قابل دسترسی و شامل موارد زیر می باشد:

۱۱ + ۴) مشخصات بیمار و نمونه ها و زمان دریافت آنها

۱۱ + ۴) آزمایشهای درخواستی و نتایج آنها

۱۱ + ۴) صحت نتایج

۱۱ + ۴) نتیجه ارزیابی اولیه نمونه های دریافتی

۱۱ + ۵) سوابق کنترل کیفی

۱۱ + ۶) نتایج و سوابق اقدامات نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات که طبق "دستورالعمل تجهیزات" آزمایشگاه مرجع سلامت ثبت و حفظ می شود.

۱۱ + ۴) سوابق موارد عدم انطباق ثبت شده در صورت نمونه گیری در بخش ها

۱۱ + ۸) فرم درخواست آزمایش که قسمتی از آن به منظور ثبت شرح مختصر یا تشخیص اولیه از اطلاعات بالینی بیمار، در نظر گرفته شده و توسط بخش درخواست کننده تکمیل می شود.

۱۱-۲) برچسب مناسب بر روی ظروف حاوی نمونه که حداقل حاوی اطلاعات زیر است:

۱۱ + ۴) حداقل دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار مثل نام و نام خانوادگی بیمار به همراه یک شماره مشخص (به عنوان مثال، شماره پرونده پزشکی یا شماره اختصاصی آزمایشگاه)

۱۱ + ۴) تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری

۱۱ + ۴) بخش و شماره تخت در مورد بیماری که بستری است.

امکانات و ملزومات

۱۲) خدمات پشتیبانی

۱-۱۲) آزمایشگاه به صورت شبانه روزی ارائه خدمت می نماید.

۲-۱۲) فهرست آزمایشهای اورژانس و جدول زمان بندی پاسخ دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است.

۳-۱۲) توانایی انجام آزمایش های اورژانسی و ارائه جواب در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتبا با روسای بخش ها توافق شده است .

۴-۱۲) نظارت و پایش منظم جهت اطمینان از رعایت چارچوب زمانی فوق الذکر، انجام می شود.

۵-۱۲) موارد بحرانی (panic value) به طور منظم باز نگری می شوند. این موارد بلافاصله و قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شوند و بیمارستان از باز بودن کانالهای ارتباطی لازم جهت اطلاع رسانی سریع در این خصوص، اطمینان حاصل می نماید.

۶-۱۲) کنترل نتایج حاصل از انجام یک آزمایش مشخص توسط کارکنان مختلف جهت اطمینان از یکنواخت بودن گزارشدهی، به طور تصادفی انجام می شود.

۷-۱۲) اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می پذیرد.

۱۳) ترالی اورژانس

۱-۱۳) ترالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- ۱۳ + ۱) دفیبریلاتور
- ۱۳ + ۲) مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
- ۱۳ + ۳) داروهای اورژانس
- ۱۳ + ۴) لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه ها
- ۱۳ + ۵) لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
- ۱۳ + ۶) آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
- ۱۳ + ۷) لارنگوسکوپ با تیغه هایی در تمامی اندازه ها
- ۱۳ + ۸) باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
- ۱۳ + ۹) تخته احیا (بک بورد) اطفال و بزرگسال
- ۱۳ + ۱۰) ساکشن
- ۱۳ + ۱۱) کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)

۲-۱۳) مستندات نشان می دهند که پرستار مسئول (پرستاری که با هماهنگی دفتر پرستاری به عنوان پرستار مسئول کنترل ترالی اورژانس آزمایشگاه تعیین شده است) از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می نماید.

۳-۱۳) شواهد مستند نشان می دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده می باشد.

۱۴) امکانات

۱-۱۴) همه پریزهای یو پی اس به وضوح مشخص هستند.

۲-۱۴) اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

۳-۱۴) اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

۴-۱۴) دسترسی آسان به امکانات شستشوی دست فراهم است.

۱۴-۵) اتاق شستشو وجود دارد.

۱۴-۶) سهولت دسترسی به آزمایشگاه

۱۴-۷) کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده و تامین ایمنی بیمار و کارکنان در اختیار دارند

۱۵) تجهیزات:

۱۵-۱) آزمایشگاه شامل تجهیزات زیر است:

۱۵ + ۱) سینک دستشویی

۱۵ + ۲) امکانات ایمنی شامل چشم شوی و دوش اضطراری

۱۵ + ۳) سیستم تولید آب آزمایشگاهی وجود دارد

۱۵ + ۴) تجهیزات نگهداری مناسب مایعات قابل اشتعال و شیمیائی

۱۵ + ۵) تجهیزات امحای مناسب نمونه ها

۱۵ + ۶) هودها و سیستم تهویه مناسب (طبق استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت)

۱۵-۲) دیوارها، کف و سطوح انجام کار در آزمایشگاه، قابلیت شستشو و آلودگی زدایی دارد.

۱۵-۳) برای نگهداری کلبه تجهیزات، برنامه زمانبندی شده و دستورالعملی حاوی جزئیات نحوه کنترل و نگهداری دستگاهها وجود دارد.

۱۵ + ۴ + ۱) جدول فوق شامل جزئیات و نحوه نگهداری دستگاهها می باشد.

۱۵-۴) فضای آزمایشگاه متناسب با وظیفه تخصصی واحدهای آزمایشگاه تامین و جداسازی شده است، به نحوی که بخش هایی که فعالیت همخوان ندارند در جوار یکدیگر فعالیت نمی کنند و از آلودگی متقابل جلوگیری می شود. (پذیرش سرپایی، میکروبی شناسی و..).

۱۵-۵) تجهیزات و دستگاههای مورد نیاز متناسب با نوع و حجم فعالیتهای آزمایشگاه موجود است.

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

۱۶) ایمنی فیزیکی

۱۶-۱) سیستم زنگ خطرنگهبانی متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.

۱۶-۲) داخل اتاقهای بخش آزمایشگاه، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهبانی وجایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.

۱۶-۳) نگهبان در زمان مورد نیاز در آزمایشگاه، فوراً در دسترس است.

۱۶-۴) نگهبان آموزش امنیتی را گذرانده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد

۱۶-۵) دسترسی به آزمایشگاه، کنترل شده و محصور می باشد.

۱۷) بهبود کیفیت

۱۷-۱) بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش است، در دسترس است.

۱۷-۲) برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۱۷-۳) برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

۱۷-۴) برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

۱۷-۵) مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائم پایش می شوند.

۱۸) جمع آوری و تحلیل داده ها

۱۸-۱) داده های بخش آزمایشگاه جمع آوری و رایانه ای می شوند.

۱۸-۲) علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۸-۳) چک لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

۱۸-۴) ممیزی داخلی انجام می شود.

۱۸-۵) تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب بر اساس آن، مستند شده اند.

۶-۱۸) در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.