

# چک لیست نحوه ارزیابی نظام مراقبت از خون (هموویتالانس) مربوط به بیمارستان

پایگاه انتقال خون استان:

شهر:

بیمارستان:

تاریخ:



INHS

## ۱) تکمیل فرم درخواست خون (۱٪ کل درخواستها):

- مشخصات فردی بیمار به ویژه تاریخ تولد (۰/۵)
- درج شماره پرونده یا کد ملی (۰/۵)
- ثبت سابقه تزریق (۰/۵)
- بررسی دستورات دارویی قبل از تزریق (۰/۵)
- علت تزریق یا درخواست خون (۰/۵)
- ثبت نوع فرآورده درخواستی (۰/۵)
- هدف از درخواست (۰/۵)
- ثبت تست آزمایشگاهی درخواستی (۰/۵)
- مهر و امضاء پزشک (۱)
- نام و نام خانوادگی نمونه گیر (۰/۵)

### مجموع امتیاز (۵/۵)

توضیحات:

## ۲) تکمیل فرم درخواست خون اورژانس (در صورت وجود درخواست):

- مشخصات فردی بیمار به ویژه تاریخ تولد (۰/۵)
- ثبت شماره پرونده یا کد ملی (۰/۵)
- تهیه نمونه قبل از تزریق (۰/۵)
- علت درخواست خون اورژانس (۰/۵)
- تکمیل نمودن قسمت مطلع نمودن بانک خون (۰/۵)
- زمان نیاز به خون (۰/۵)
- مهر و امضاء پزشک (۱)
- ثبت نوع فرآورده درخواستی (۰/۵)

### مجموع امتیاز (۴/۵)

توضیحات:

## ۳) تکمیل فرم درخواست پلاکت فرزیس: (در صورت وجود درخواست):

- نوع فرآورده درخواستی (آفرزیس، اشعه دیده و یا کم لکوسیت) (۰/۵)
- مشخصات فردی بیمار بویژه تاریخ تولد (۰/۵)
- ثبت شماره پرونده یا کد ملی (۰/۵)

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۱ از ۸

علت درخواست پلاکت فرزیس (۰/۵)

تشخیص بیماری (۰/۵)

ثبت پلاکت بیمار (۰/۵)

ثبت گروه خون و RH بیمار (۰/۵)

میزان پلاکت مورد نیاز (۰/۵)

ثبت گروه خون و RH اهداکننده گان (۰/۵)

مهر امضاء پزشک معالج (۱)

مجموع امتیازات (۵/۵)

توضیحات:

**۴) شناسایی بیمار (قبل از نمونه گیری و قبل از تزریق خون)**

استفاده از مچ بند جهت شناسایی بیمار (۱)

در صورت عدم وجود مچ بند شناسایی بیمار جهت نمونه گیری و تزریق خون از طریق پرسش از خود بیمار (۰/۵)

چک اطلاعات بر روی مچ بند و پرونده بیمار (در صورت عدم هوشیاری بیمار) (۰/۵)

مهمترین گزینه های مورد بررسی و پرسش شامل: نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد می باشد

مجموع امتیاز (۱/۵)

توضیحات:

**۵) استفاده از مچ بند در تمامی بخشها (۱)**

در صورت استفاده از مچ بند در بعضی بخشها امتیاز تعلق نمی گیرد.

**۶) اطلاعات ثبت شده بر روی مچ بند:**

نام و نام خانوادگی بیمار (۰/۵)

شماره پرونده بیمار (۰/۵)

تاریخ تولد (۰/۵)

جنسیت (۰/۵)

وجود اطلاعات بر روی مچ بند به شکل پرینت کامپیوتری (۱)

وجود پرینت با بارکد اطلاعات بیمار بر روی مچ بند (۳)

مجموع امتیاز (۳)

توضیحات:

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۲ از ۸

## فرم نظارت بر تزریق خون و یا پلاسما تازه منجمد، پلاکت و کرایوپرسیپیتیت : قسمت پرستاری

### ۷) بررسی کیسه به هنگام دریافت و تزریق:

- تطبیق اطلاعات درج شده بر روی فرم مشخصات فرآورده ارسالی با مشخصات بیمار (۱)
  - تطبیق گروه خون و Rh و شماره اهداء درج شده بر روی کیسه با فرم مشخصات فرآورده ارسالی (۱)
  - تطبیق تاریخ انقضاء کیسه با فرم (۱)
  - بررسی ظاهر کیسه (۰/۵)
  - بررسی ساعت ارسال با تحویل (۰/۵)
  - تطبیق و تایید موارد بند ۷ توسط دو پرستار وامضاء (۲/۵)
- مجموع امتیاز (۶/۵)

توضیحات:

### ۸) اقدامات لازم قبل و حین تزریق

- چک علائم حیاتی قبل از تزریق (۱)
  - چک علائم حیاتی در ۱۵ دقیقه اول (۱)
  - چک علائم حیاتی در ۳۰ دقیقه پس از شروع (۰/۵)
  - چک علائم در ساعت اول (۰/۵)
  - استفاده از گرم کننده استاندارد خون جهت گرم کردن آن (۰/۵)
  - درج شماره پرونده بیمار در فرم نظارت بر تزریق (۱)
  - ثبت ساعت شروع تزریق در فرم ارسالی (۰/۵)
  - ثبت ساعت پایان تزریق در فرم ارسال (۰/۵)
  - ثبت حجم تزریقی در فرم ارسال (۰/۵)
  - ثبت ترتیب تزریق فرآورده ها در فرم ارسال فرآورده ها (۰/۵)
  - تزریق خون در عرض ۳۰ دقیقه از خروج خون از یخچال بانک خون (۱)
- (در صورت عدم تزریق در طی ۳۰ دقیقه بایستی یخچال مخصوص بانک خون که تحت کنترل بانک خون باشد در بخش موجود باشد و در این صورت امتیاز لحاظ گردد)

- دریافت پلاکت و FFP و FP فقط به هنگام تزریق (۱)

مجموع امتیاز (۸/۵)

توضیحات:

### ۹) اقدامات لازم به هنگام بروز عارضه ناشی از تزریق

- قطع سریع تزریق توسط پرستار (۰,۵)

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۳ از ۸

- باز نگهداشتن مسیر وریدی با استفاده از نرمال سالین (۰,۵)
  - چک علائم حیاتی بیمار (۰,۵)
  - شناسایی مجدد بیمار و کیسه (۱)
  - ارسال کیسه و ست تزریق به بانک خون (۰,۵)
  - ارسال نمونه های مناسب و ادرار بیمار به بانک خون (۰,۵)
- مجموع امتیاز (۳/۵)**
- توضیحات:

### موارد ذیل در بانک خون مشاهده گردد

#### ۱۰) اطلاعات لازم بر روی برچسب نمونه گرفته شده

- نام و نام خانوادگی بیمار (۰/۵)
  - شماره پرونده بیمار (۰/۵)
  - تاریخ تولد (۰/۵)
  - ساعت و تاریخ تهیه نمونه (۰/۵)
  - نام فرد نمونه گیر (۰/۵)
  - وجود مشخصات فوق به شکل چاپ کامپیوتری بر روی برچسب نمونه (۱)
- مجموع امتیاز (۳/۵)**
- توضیحات:

#### ۱۱) بررسی مشخصات نمونه با فرم درخواست در بانک خون

- نام و نام خانوادگی بیمار (۰/۵)
  - ساعت تهیه نمونه (۰/۵)
  - مناسب بودن نمونه ارسالی از نظر حجم و نوع آن (۰/۵)
- نمونه مناسب نمونه دارای حجم ۱۰-۵ میلی لیتر بوده و نوع نمونه به شکل لخته و یا دارای ضد انعقاد مورد قبول است تنها در موارد بروز عارضه و به منظور انجام آزمایش DAT بایستی نمونه حتما دارای ضد انعقاد EDTA باشد
- مجموع امتیاز (۱/۵)**
- توضیحات:

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۴ از ۸

## فرم مشخصات فرآورده ارسالی قسمت بانک خون

### ۱۲) آماده سازی فرآورده و ارسال آن به بخش:

- ثبت نام و نام خانوادگی بیمار: (۰/۵)
- ثبت شماره پرونده در فرم ارسال: (۰/۵)
- ثبت گروه خون بیمار و کیسه در فرم ارسال: (۰/۵)
- ثبت ساعت و نام ارسال کننده: (۰/۵)
- ثبت نتایج آزمایشات قبل از تزریق (کراس میچ و غربالگری آنتی بادی در صورت انجام): (۰/۵)

### مجموع امتیاز: (۲/۵):

توضیحات:

### ۱۳) استفاده از حامل مناسب جهت حمل نقل:

- درب مناسب (۰/۵)
- وجود دسته جهت حمل و نقل حامل (۰/۵)
- وجود حامل جداگانه جهت هر فرآورده (۱)

### مجموع امتیاز: (۲)

توضیحات:

## قسمت مربوط به دفتر پرستاری

### ۱۴) آموزش اولیه (قبل از استقرار سیستم):

- وجود بیش از ۷۵٪ پرستار آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۳)
- وجود ۷۵٪-۳۰٪ پرستار آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۲)
- کمتر از ۳۰٪ پرستار آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۰)
  
- وجود ۷۵٪ پرسنل بانک خون آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۳)
- وجود ۷۵٪-۳۰٪ پرسنل بانک خون آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۲)
- کمتر از ۳۰٪ پرسنل بانک خون آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۰)

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۵ از ۸



وجود بیش از ۷۵٪ پزشک آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۳)

وجود ۷۵٪-۳۰٪ پزشک آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۲)

کمتر از ۳۰٪ پرسنل بانک خون آموزش دیده (دارای گواهینامه از سازمان انتقال خون) (۰)

معرفی پزشک ارشد هموویژلانس (۲)

برگزاری دوره های باز آموزشی سیستم هموویژلانس: (حد اقل سالی یک بار) (۲)

به منظور دسترسی به اطلاعات آموزشی مورد نیاز بازرسی بایستی تعداد کل پرسنل از تمامی گروههای هدف را از سوپروایزر آموزشی بخواهد و دوره های آموزشی برگزار شده و تعداد شرکت کنندگان و فرم اطلاعات مرتبط با آموزش نظام مراقبت و نظارت بر مصرف خون و فرآورده ها مربوط به بیمارستان مربوط به هر دوره را ببیند..

### مجموع امتیاز (۱۳)

توضیحات:

### ۱۵) بررسی مستندات مربوط به فرم گزارش عوارض:

ثبت شماره پرونده بیمار (۰/۵)

ثبت تشخیص بیماری (۰/۵)

ثبت تاریخچه بیماری (۰/۵)

ثبت سابقه تزریق و عارضه به دنبال آن (۰/۵)

ثبت نوع فرآورده تزریقی (۰/۵)

ثبت گروه خون بیمار قبل از تزریق (۰/۵)

ثبت گروه خون بیمار بعد از تزریق (۰/۵)

ثبت گروه خون کیسه قبل از تزریق (۰/۵)

ثبت نتایج کراس مچ قبل از تزریق (۰/۵)

ثبت نتایج کراس مچ بعد از تزریق (۰/۵)

ثبت فاصله زمانی بین شروع تزریق با بروز عارضه (۰/۵)

حجم تزریق شده (۰/۵)

ثبت کامل علائم بروز پیدا کرده توسط پرستار و پزشک (۰/۵)

تکمیل جدول علائم حیاتی بیمار قبل و بعد از تزریق (۰/۵)

تکمیل و ثبت جواب سایر آزمایشات انجام شده در فرم (۱)

مهر و امضاء پزشک هموویژلانس و ارشد هموویژلانس (۲)

تکمیل فرم عوارض در طی ۲۴ ساعت از بروز عارضه با هماهنگی پزشک ارشد هموویژلانس و پزشک مشاور (۳)

ارسال فرم گزارش عارضه در طی ۴۸ ساعت به انتقال خون (۳)

بررسی عوارض در کمیته ها و صدور اقدامات اصلاحی و ابلاغ به بخشها جهت جلوگیری از تکرار (۳)

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۶ از ۸



موجود بودن گزارش عوارض در ۶ ماهه اول یا دوم سال (۳)

موجود بودن تعداد خون و فرآورده مصرفی ماهیانه در طی ۶ ماهه اول یا دوم سال (۵)

مجموع امتیاز (۲۷)

توضیحات:

۱۶) تهیه دستورالعملها

تهیه دستورالعمل نحوه شناسایی بیمار (۰/۵)

تهیه دستورالعمل نحوه نمونه گیری (۰/۵)

تهیه دستورالعمل آماده سازی بیمار و تزریق خون (۰/۵)

تهیه دستورالعمل نحوه تزریق خون و فرآورده ها (۰/۵)

تهیه دستورالعمل نحوه بررسی کیسه خون و فرآورده دریافتی (۰/۵)

تهیه دستورالعمل نحوه صحیح حمل و نقل خون (۰/۵)

مجموع امتیاز (۳)

توضیحات:

۱۷) حضور پزشک ارشد همووئیزلانس در طول مدت بازرسی (۲)

۱۸) امتیاز دهی طبق نظر بازرس

تعهد ریاست بیمارستان نسبت به اجرایی شدن سیستم (۳)

همراهی افراد مسئول در طی بازرسی (۳)

مجموع امتیاز (۶)

توضیحات:

نام و نام خانوادگی وامضاء ممیزی کننده از انتقال خون:

نام و نام خانوادگی وامضاء پزشک ارشد همووئیزلانس:

نام و نام خانوادگی وامضاء مسئول بانک خون:

نام و نام خانوادگی وامضاء مترون بیمارستان:

نام و نام خانوادگی وامضاء مسئول فنی آزمایشگاه:

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۷ از ۸

امتیاز کسب شده	امتیاز بند مربوطه	قسمت
	۵/۵	۱) تکمیل فرم درخواست خون
	۴/۵	۲) تکمیل فرم درخواست اورژانس
	۵/۵	۳) تکمیل فرم درخواست پلاکت فرزیس
	۱/۵	۴) شناسایی بیمار
	۱	۵) در چه بخشهایی میچ بند مورد استفاده قرار می گیرد
	۳	۶) اطلاعات ثبت شده بر روی میچ بند
	۶/۵	۷) بررسی کیسه به هنگام دریافت و تزریق
	۸/۵	۸) اقدامات لازم قبل و حین تزریق
	۳/۵	۹) اقدامات لازم به هنگام بروز عارضه ی ناشی از تزریق
	۳/۵	۱۰) اطلاعات لازم بر روی برچسب نمونه گرفته شده
	۱/۵	۱۱) بررسی مشخصات نمونه با فرم درخواست در بانک خون
	۲/۵	۱۲) آماده سازی فرآورده و ارسال آن به بخش
	۲	۱۳) استفاده از حامل مناسب جهت حمل نقل
	۱۳	۱۴) بررسی مستندات مربوط به آموزش ها
	۲۷	۱۵) بررسی مستندات مربوط به فرم گزارش عوارض
	۳	۱۶) تهیه دستورالعملها
	۲	۱۷) حضور پزشک هموویژلانس در طول مدت بازرسی
	۶	۱۸) امتیاز دهی طبق نظر بازرس
	۱۰۰	مجموع

- جهت بیمارستانهایی که فرم پر شده درخواست اورژانس به هنگام بازرسی مشاهده نمی گردد و در خواست پلاکت فرزیس هم ندارند امتیاز کل از ۹۰ محاسبه گردد.

- در صورت اخذ امتیاز ۸۰ و بالاتر (۸۰٪) امتیاز استقرار ، مطلوب و اخذ امتیاز ۷۹-۵۰ (۸۰-۵۰٪) امتیاز استقرار، نامطلوب و اخذ امتیاز ۴۹ و کمتر (۵۰٪) مجوز استقرار لغو می گردد.

- در صورت عدم وجود درخواست اورژانسی و پلاکت فرزیس به شکل ذیل محاسبه گردد:

- اخذ امتیاز ۷۲ و بالاتر (مطلوب)، اخذ امتیاز ۷۱-۴۵ (نامطلوب) و اخذ امتیاز ۴۴ و کمتر، مجوز استقرار لغو می گردد.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۸ از ۸