

پوست ۱

عناوین آموزشی مورد نیاز در نظام مراقبت از خون (هموویزلانس)

ردیف	مدت زمان لازم (دقیقه)	عنوان مبحث
۱	۲۰	اخلاق پزشکی و جنبه های مختلف آن در انتقال خون
۲	۴۰	آشنایی با نحوه شناسایی بیمار و نمونه گیری
۳	۴۰	آشنایی با آزمایشات قبل از تزریق خون
۴	۴۵	آشنایی با نحوه تزریق خون (آماده سازی بیمار و آماده سازی فرآورده خون)
۵	۴۰	آشنایی با نحوه دریافت و نقل و انتقال فرآورده های خون از بانک خون به بخش
۶	۴۰	تزریق خون در نوزادان و اطفال و اندیکاسیون های مصرف
۷	۴۰	آشنایی با فرآورده های پلاسمايي و اندیکاسیون های مصرف
۸	۴۰	آشنایی با فرآورده های سلولی خون و اندیکاسیون های مصرف
۹	۴۵	آشنایی با عوارض حاد تزریق خون
۱۰	۴۰	آشنایی با عوارض تاخیری تزریق خون
۱۱	۴۰	کنترل موجودی ذخایر و فرآورده در بانک خون بیمارستان
۱۲	۴۰	آشنایی با جداول MSBOS
۱۳	۳۰	آشنایی با سیستم هموویزلانس طراحی شده در ایران و آشنایی با فرم ها و نحوه تکمیل آنها

ردیف	مدت سخنرانی (دقیقه)	عنوان بحث
۱۴	۴۰	آشنایی با فلما و تجهیزات استاندارد بانک خون
۱۵	۳۰	کمیته های انتقال خون بیمارستانی
۱۶	۵۰	روشهای استاندارد گروه بندی خون ABO&Rh
۱۷	۳۰	کنترل کیفی روزانه معرفهای مصرفی
۱۸	۵۰	بررسی مواردی از ناهمخوانی گروه ABO&Rh
۱۹	۵۰	ارزش آزمایش Antibody Screen و روش انجام
۲۰	۵۰	روش استاندارد آزمایش سازگاری خون
۲۱	۳۰	خطاهای رایج در بانک خون
۲۲	۳۰	پیگیری گزارش عوارض نا مطلوب تزریق خون در آزمایشگاه
۲۳	۱۰	تهیه سوسپانسیون ۲٪ گلبول قرمز
۲۴	۱۰	خواندن و درجه بندی آگلوتیناسیون آنتی ژن و آنتی بادی به روش لوله ای
۲۵	۲۰	تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای
۲۶	۲۰	تعیین گروه Rh (D) به روش لوله ای
۲۷	۲۰	جستجوی آنتی بادیهای غیر منتظره مهم از نظر بالینی
۲۸	۱۵	آزمایش کراس معج کامل و فوری
۲۹	۲۰	آزمایش آنتی گلوبولین مستقیم

جمع کل: حدوداً = ۹۷۵ دقیقه

پیوست ۱

نحوه استقرار سیستم هموویژلانس در مراکز درمانی

۱- ابتدا در هر مرکز درمانی یک گروه شامل سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر آزمایشگاه، مسئول بانک خون و تعدادی از پزشکان با تخصص‌های مرتبط با تزریق خون (هماتولوژی، انکولوژی، داخلی، بیهوشی، پاتولوژی، کودکان و.....) به عنوان هسته آموزشی تشکیل گردد (هسته‌های آموزشی در سمینار کشوری هموویژلانس در تاریخهای ۳ و ۴ آبان ماه و ۲۵ و ۲۶ بهمن ماه توسط سازمان انتقال خون آموزش داده شده اند).

۲- هسته‌های آموزشی با استفاده از اسلایدهای تهیه شده در بخش هموویژلانس سازمان که از طریق وب سایت www.ibto.ir قابل دسترسی است، به صورت آشنایی به سایر پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون شاغل در مرکز درمانی محل خدمت، آموزش‌ها را ارائه نمایند.

۳- پس از اتمام مراحل آموزشی مخاطبین در هر مرکز درمانی و طی هماهنگی با پایگاه انتقال خون استان مربوطه، آزمون (post test) به عمل آمده و با توجه به نتایج حاصله، پس از اینکه بیشتر از ۷۵٪ افراد نمره قبولی (اخذ نمره ۱۲ و بالاتر از نمره ۲۰) را کسب کردند امکان استقرار نظام مراقبت از خون در آن بیمارستان مورد تایید قرار می‌گیرد.

۴- سپس مراکز درمانی نسبت به چاپ و تکثیر فرم‌ها و پوستره‌های هموویژلانس اقدام نموده و این فرم‌ها را جایگزین فرم‌های قبلی مورد استفاده در هر بیمارستان نمایند: فایل این فرم‌ها در پایگاه‌های انتقال خون هر استان و هم چنین در CD های موجود در Package شرکت کنندگان در سمینار " هموویژلانس و آزمایشات سازگاری در بانک خون" موجود می‌باشد. (فایل این فرم‌ها در قالب CD مجدداً ضمیمه می‌گردد) مشخصات هر کدام از فرم‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

۱- فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن (کاربن دار- دو نسخه‌ای)

۲- فرم درخواست خون در موارد اورژانس (کاربن دار- دو نسخه‌ای)

۳- فرم پلاکت فرزیس (کاربن دار- دو نسخه‌ای)

۴- فرم نظارت بر تزریق گلبول قرمز (کاربن دار- سه نسخه‌ای)

۵- فرم پلاسما - پلاکت و کرایو (کاربن دار- سه نسخه‌ای)

۶- فرم گزارش عوارض ناخواسته مرتبط با تزریق خون

ضرورت دارد کیفیت کاغذ فرمها و کاربن به کار گرفته و یا پوسترها کاملا مشابه نمونه فرمها و پوستره‌های ارائه شده توسط سازمان انتقال خون باشد. اکیدا توصیه می‌گردد با توجه به لزوم ویرایش مرتب فرمها در سازمان انتقال خون، مراکز درمانی هر بار برای مصرف ۶ ماهه خود به چاپ آنها نمایند. برای اخذ اطلاعات دقیق تر با کارپردازی سازمان انتقال خون یا موسسه انتشاراتی زهد (۰۹۱۲۲۰۰۴۲۵۵) تماس حاصل فرمایید. نمونه فرمهای کاغذی فوق ضمیمه می‌گردد. (پیوست ۲)

۵- از هر مرکز درمانی یک نفر به عنوان پزشک ارشد همووئیزلانس به پایگاه‌های انتقال خون معرفی گردد. (شرح وظایف پزشک ارشد همووئیزلانس: پیوست ۳).

۶- در صورت وقوع هر گونه عارضه ناخواسته ناشی از تزریق خون، ضرورت دارد مطابق الگوریتم نحوه مدیریت عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در سیستم همووئیزلانس ذیل اقدام شود: (پیوست ۴)
فرم گزارش عارضه به صورت کامل تکمیل شده و توسط پزشک ارشد همووئیزلانس تایید گردد و در ظرف ۴۸ ساعت از زمان بروز عارضه، در تهران به دفتر همووئیزلانس و در سایر استان‌ها به پایگاه انتقال خون ارسال گردد.

نحوه ارسال فرم گزارش عوارض به یکی از راههای ذیل است:

۱- به پایگاه انتقال خون استان مربوطه و فاکس به دفتر همووئیزلانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون به شماره ۸۸۶۰۱۵۷۴ و ۸۸۶۰۱۵۸۲ به صورت همزمان

۲- اسکن از تمام صفحات فرم گزارش عارضه و ایمیل کردن به آدرس‌های ذیل:

ibtonihs@gmail.com -

ibtonihs@ibto.ir -

۷- نظارت بر روند استقرار سیستم از طریق بازرسی‌ها انجام شده توسط پایگاه‌های انتقال خون صورت می‌پذیرد. بدیهی است در صورت بروز عوارض جدی و کشنده در اسرع وقت همکاران مربوطه از پایگاه‌های انتقال خون در بیمارستان حضور می‌یابند.

۸- ضرورت دارد چک‌لیست نحوه استقرار سیستم (قبل از استقرار، ۶ ماه بعد و ۱۲ ماه بعد از استقرار) در هر مرکز درمانی توسط همکاران پایگاه‌های انتقال خون تکمیل گردد. (پیوست ۵)

۹- فرمهای آمار مصرف ماهیانه انواع فرآورده‌ها توسط بانک خون بیمارستان‌ها تکمیل گردد (پیوست ۶)

شرح وظایف پزشک ارشد هموویتالانس

- ۱- مشارکت فعال در کمیته های انتقال خون بیمارستان و جلسات برگزار شده در بیمارستان به منظور بررسی و نظارت موثر بر نحوه استقرار سیستم هموویتالانس در آن مرکز و رفع مشکلات موجود .
- ۲- همکاری در تشخیص (در صورت نیاز) و ارزیابی تمامی عوارض مرتبط با تزریق خون و گزارش شده به سازمان انتقال خون به کمک پزشک هموویتالانس مربوطه و تایید عوارض گزارش شده به وسیله مهر نمودن فرم گزارش عارضه.

- ۳- همکاری موثر با کلیه سیستم های ذربط در مرکز درمانی در جهت شناسایی نقاط ضعف فرآیندهای ذیل:

- اندیکاسیونهای تزریق خون
 - نحوه نگهداری صحیح فرآورده های خونی در بانک خون و بخشها
 - نحوه صحیح تزریق خون
 - مدیریت صحیح عوارض احتمالی مرتبط با تزریق خون
- به منظور رفع نواقص موجود و نزدیک نمودن این فرآیند ها به حالت استاندارد خود با توجه به آموزشهای داده شده

- ۴- همکاری با کمیته بیمارستانی انتقال خون در جهت رفع کلیه مشکلات موجود در زنجیره تزریق خون و تهیه اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه مورد نیاز در جهت نیل به این اهداف.

- ۵- همکاری نزدیک با دفتر هموویتالانس پایگاه انتقال خون در جهت اطمینان از انجام و پیگیری کلیه اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه دیده شده در آن مرکز و ارتقا نحوه استقرار سیستم.

- ۶- ارائه آموزشهای مداوم به کلیه پرستاران و پزشکان مقیم هموویتالانس (در موارد تغییر و یا اضافه شدن نیروهای جدید به مرکز در مانی) با کمک واحدهای ذی ربط در مرکز درمانی و اعلام تاریخ(های) مقتضی جهت اخذ امتحان از همکاران آموزش دیده توسط پایگاههای انتقال خون جهت صدور گواهی.

● بدیهی است در صورت عدم وجود کمیته انتقال خون و یا عدم تشکیل منظم و موثر این کمیته در هر مرکز درمانی اهتمام در برقراری و تشکیل منظم و موثر این کمیته از مهم ترین وظایف دیده شده می باشد.

● لازم به ذکر می باشد که در انجام کلیه وظائف فوق از پزشکان هموویتالانس آموزش دیده بایستی کمک گرفته شود.



چک لیست نحوه ارزیابی استقرار نظام مراقبت از خون (هموویژلانس)



زمان ارزیابی:

قبل از برگزاری دوره آموزشی ۶ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی ۱۲ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی

استان: _____ شهر: _____ بیمارستان: _____ بخش: _____ تاریخ: _____

۱- آیا برای بیمار فرم درخواست خون و فرآورده های خونی پر شده است؟ ۳ امتیاز
 بلی کاملا پر می شود (۳ امتیاز) تا حدی پر می شود (۲ امتیاز) اصلا پر نمی شود (۰ امتیاز)
 توضیحات:

۲- آیا در موارد اورژانس فرم درخواست خون و فرآورده های خونی به طور اورژانس پر شده است؟ ۳ امتیاز
 بلی کاملا پر می شود (۳ امتیاز) تا حدی پر می شود (۲ امتیاز) اصلا پر نمی شود (۰ امتیاز)
 توضیحات:

۳- آیا فرم درخواست پلاکت فرزیس برای بیمارانی که به این نوع پلاکت نیاز دارند، پر می شود؟ ۳ امتیاز
 بلی کاملا پر می شود (۳ امتیاز) تا حدی پر می شود (۲ امتیاز) اصلا پر نمی شود (۰ امتیاز)
 توضیحات:

۴- آیا به بیمار اطلاعات کافی در مورد نحوه تزریق خون و عوارض احتمالی داده شده است؟ ۱ امتیاز
 نحوه اطلاع رسانی: بروشور شفاهی بلی خیر
 توضیحات:

۵- آیا از بیمار خواسته شده تا در هنگام بروز علائم مربوط به عوارض خون به پرستار خبر دهد؟ ۱ امتیاز
 بلی خیر
 توضیحات:

شناسایی بیمار در زمان تهیه نمونه قبل از تزریق و در زمان تزریق خون و فرآورده

۶- در مورد بیماران هوشیار آیا از بیمار خواسته می شود مسائل زیر شخصا بیان کند؟ ۲ امتیاز (هر آیت ۰/۵ امتیاز)
 نام خانوادگی - تاریخ تولد - نام پدر بلی خیر
 توضیحات:

۷- آیا از مچ بند جهت شناسایی بیماران استفاده می گردد؟ ۲ امتیاز
 بلی خیر
 توضیحات:

- در چه بخشهایی از مچ بند استفاده می گردد؟
 توضیحات:

- چه اطلاعاتی بر روی مچ بند قید می گردد؟
 توضیحات:



چک لیست نحوه ارزیابی استقرار نظام مراقبت از خون (هموویتولانس)

زمان ارزیابی:

قبل از برگزاری دوره آموزشی ۶ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی ۱۲ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی

۸- آیا اطلاعات حاصل از پرسش از بیمار و یا رویت مج بند در جهت شناسایی وی با اطلاعات ثبت شده در فرم درخواست خون و فرآورده خونی و فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون مطابقت دارد؟ ۴ امتیاز

بلی خیر

توضیحات:

۹- در صورت عدم تطابق آیا اقدام به رفع اشکال می شود؟ (به عنوان مثال تماس با بانک خون) ۱ امتیاز

توضیحات:

بلی خیر

۱۰- آیا نمونه اخذ شده در کتار تخت بیمار بلافاصله بعد از خونگیری برچسب زده می گردد؟ ۳ امتیاز

بلی خیر

توضیحات:

بلی خیر

۱۱- آیا مشخصات زیر بر روی برچسب قید می گردد؟ ۲ امتیاز (هر آیت ۰/۵ امتیاز)

- نام و نام خانوادگی بیمار - تاریخ تولد - شماره بیمارستانی فرد

- ساعت و تاریخ جمع آوری نمونه

توضیحات:

۱۲- آیا فرد تهیه کننده نمونه قبل از تزریق خون (پرستار یا پرسنل بانک خون) قسمت مربوط به نمونه گیر را در فرم

درخواست خون و فرآورده های خونی تکمیل می نماید؟ ۳ امتیاز

بلی کاملاً پر می شود (۳ امتیاز) تا حدی پر می شود (۲ امتیاز) اصلاً پر نمی شود (۰ امتیاز)

توضیحات:

تحويل و دریافت کیسه خون یا فرآورده

۱۳- آیا کیسه خون به همراه فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی در حامل مناسب از بانک خون به بخش های

بیمارستان تحويل داده می شود؟ ۱ امتیاز

بلی خیر

توضیحات:

۱۴- آیا کیسه خون جهت چک مسائل زیر در هنگام دریافت بررسی می شود؟

- گروه خون و Rh صحیح با توجه به فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون. ۲ امتیاز

بلی خیر

توضیحات:



چک لیست نحوه ارزیابی استقرار نظام مراقبت از خون (همووپژلانس)

زمان ارزیابی:

قبل از برگزاری دوره آموزشی ۶ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی ۱۲ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی

آزمایشات بیمار (غربالگری آنتی بادی)، با توجه به نتایج آزمایشگاهی حاصله اگر بیمار دارای آلوانتی بادیست آیا کیسه خون در نظر گرفته شده برای این آنتی ژن منفی است؟ ۲ امتیاز
توضیحات:

خیر بلی

- تاریخ انقضاء درج شده بر روی کیسه در مقایسه با تاریخ انقضای درج شده در فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون. ۱ امتیاز
توضیحات:

خیر بلی

- ظاهر کیسه ۳ امتیاز (هر آیتم ۰/۵ امتیاز)

- کدورت

خیر بلی

- همولیز

خیر بلی

- کف و حباب

خیر بلی

- هر گونه تفاوت بین - کورد و کیسه

خیر بلی

- لخته

خیر بلی

- تغییر رنگ

خیر بلی

-
توضیحات:

۱۵- آیا شماره اهداء فرآورده خونی مورد نظر با شماره فرآورده قید شده در فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون مطابقت دارد؟ ۱ امتیاز
توضیحات:

خیر بلی

۱۶- آیا نیازهای ویژه مطرح شده در فرم درخواست خون نظیر خون اشعه دیده - شسته شده و ... با فرآورده ارسال شده مطابقت دارد؟ ۱ امتیاز

خیر بلی

توضیحات:

۱۷- آیا مشخصات قید شده برای بیمار در فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون با مشخصات بیمار مورد نظر از جهت نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد و شماره بیمارستانی بیمار کاملاً مطابقت داده می شود؟ ۳ امتیاز

خیر بلی

توضیحات:

۱۸- آیا چک موارد ۱۵ و ۱۷ توسط دو نفر پرستار انجام می شود؟ ۲ امتیاز
توضیحات:

خیر بلی



چک لیست نحوه ارزیابی استقرار نظام مراقبت از خون (هموویزلانس)

زمان ارزیابی:

قبل از برگزاری دوره آموزشی ۶ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی ۱۲ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی

۱۹- آیا تایید موارد فوق در فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی امضا می گردد؟ ۲ امتیاز

خیر بلی

توضیحات:

تزریق به بیمار

۲۰- آیا پرستاران دارای گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی از سازمان انتقال خون می باشند؟ ۲ امتیاز
در چه زمانی؟ توسط چه افرادی؟

خیر بلی

توضیحات:

۲۱- آیا پزشکان هموویزلانس دارای گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی از سازمان انتقال خون می باشند؟ ۲ امتیاز
در چه زمانی؟ توسط چه افرادی؟

خیر بلی

توضیحات:

۲۲- آیا پرسنل بانک خون دارای گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی از سازمان انتقال خون می باشند؟ ۲ امتیاز
در چه زمانی؟ توسط چه افرادی؟

خیر بلی

توضیحات:

۲۳- آیا قبل از تحویل فرآورده خونی از بانک خون انتخاب رگ مناسب-موجود بودن تجهیزات مورد نیاز از قبیل ست
تزریق خون- نورمال سالین- سر سوزن به اندازه مناسب چک می گردد؟ ۱ امتیاز

خیر بلی

توضیحات:

۲۴- آیا قبل از تزریق؛ دستور پزشک جهت یا درمانهای دارویی قبل از تزریق باتوجه به فرم درخواست خون بررسی و انجام
می گردد؟ ۱ امتیاز

خیر بلی

توضیحات:

۲۵- آیا بلافاصله قبل از شروع تزریق علائم حیاتی چک می گردد؟ ۴ امتیاز
(نبض، فشار خون، تعداد تنفس، دمای بدن)

خیر بلی

توضیحات:

۲۶- آیا جهت شروع تزریق، دستها شسته شده و دستکش لاتکس پوشیده می شود؟ ۱ امتیاز

خیر بلی

توضیحات:

۲۷- آیا از ست تزریق خون استاندارد استفاده می شود؟ ۱ امتیاز

خیر بلی



چک لیست نحوه ارزیابی استقرار نظام مراقبت از خون (هموویژلانس)

زمان ارزیابی:

قبل از برگزاری دوره آموزشی ۶ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی ۱۲ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی

توضیحات:

۲۸- آیا ست تزریق خون ۲ راهی (Y شکل) است؟ امتیاز ۱

خیر بلی

توضیحات:

۲۹- آیا ست تزریق خون به کمک نورمال سالین یا خود فرآورده آماده سازی می شود؟ امتیاز ۱

خیر بلی

توضیحات:

۳۰- آیا شروع تزریق کامل و فرآورده های RBC حداکثر ظرف ۳۰ دقیقه از زمان خروج فرآورده از بانک خون انجام می شود؟ امتیاز ۱

خیر بلی

توضیحات:

۳۱- آیا حمل و نقل فرآورده از بانک خون توسط فرد آموزش دیده انجام می شود؟ امتیاز ۱

خیر بلی

توضیحات:

۳۲- آیا تا زمان تزریق، خون و فرآورده RBC در یخچال بخش که از نظر دمایی در محدوده ۶-۱۰ درجه سانتی گراد و تحت کنترل باشد، نگهداری می شود؟ امتیاز ۱

خیر بلی

توضیحات:

۳۳- آیا یخچال بخش تحت کنترل و ارزیابی های مربوط به دما توسط پرسنل بانک خون قرار دارد؟ امتیاز ۱

خیر بلی

توضیحات:

۳۴- آیا بیمار در ۱۵ دقیقه اول تزریق، کاملاً تحت نظر پرستار می باشد؟ امتیاز ۳

خیر بلی

توضیحات:

۳۵- آیا علائم حیاتی بیمار هر ۳۰-۶۰-۱۲۰-۱۸۰ دقیقه پس از شروع تزریق و ۴ ساعت پس از خاتمه تزریق، توسط پرستار چک می شود؟ امتیاز ۲

خیر بلی

توضیحات:

۳۶- آیا چک علائم حیاتی بیمار توسط پرستاران در فرم نظارت بر تزریق امضاء می شود؟ امتیاز ۱

خیر بلی

توضیحات:

۳۷- آیا در صورت نیاز به گرم کردن خون از وسیله گرم کننده خون (Blood Warmer) کنترل شده و استاندارد استفاده می شود؟ امتیاز ۲

خیر بلی



چک لیست نحوه ارزیابی استقرار نظام مراقبت از خون (هموویژلانس)

زمان ارزیابی:

قبل از برگزاری دوره آموزشی ۶ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی ۱۲ ماه پس از برگزاری دوره آموزشی

توضیحات:

۳۸- آیا مدت و یا سرعت تزریق برحسب فرآورده و دستور پزشک، نوشته شده در فرم درخواست خون و فرآورده، رعایت می گردد؟ ۱ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۳۹- آیا حجم خون یا فرآورده تزریق شده در فرم نظارت بر تزریق درج می گردد؟ ۱ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۰- آیا در هنگام بروز عارضه پزشک هموویژلانس قابل دسترسی است؟ ۲ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۱- آیا در شیفتهای مختلف پزشک هموویژلانس معرفی شده قابل دسترسی است؟ ۲ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۲- آیا در هنگام بروز عارضه تزریق خون سریعاً توسط پرستار قطع می گردد؟ ۱ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۳- آیا در هنگام بروز عارضه علائم حیاتی بیمار، توسط پرستار چک می گردد؟ ۲ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۴- آیا در هنگام بروز عارضه شناسایی مجدد بیمار و کیسه خون توسط پرستار انجام می شود؟ ۲ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۵- آیا در هنگام بروز عارضه مسیر وریدی به کمک نرمال سالین باز نگاه داشته می شود؟ ۱ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۶- آیا در هنگام بروز عارضه به پزشک بیمار و پزشک هموویژلانس خبر داده می شود؟ ۱ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

۴۷- آیا در هنگام بروز عارضه کیسه خون و ست تزریق به بانک خون برگردانده می شود؟ ۱ امتیاز
 بلی خیر
توضیحات:

فرم میزان توزیع و مصرف خون و سایر فرآورده های خون در یک ماه
تکمیل توسط پرسنل بانک خون

بیمارستان : استان : شهر :
سال : ماه : نام بخش :

سایر فرآورده ها		CRYO		PLATELET		FFP		WHOLE BLOOD		RBC		تاریخ
مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	
												۱
												۲
												۳
												۴
												۵
												۶
												۷
												۸
												۹
												۱۰
												۱۱
												۱۲
												۱۳
												۱۴
												۱۵
												۱۶
												۱۷
												۱۸
												۱۹
												۲۰
												۲۱
												۲۲
												۲۳
												۲۴
												۲۵
												۲۶
												۲۷
												۲۸
												۲۹
												۳۰
												۳۱
												جمع کل

تاریخ تکمیل:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

