ULUSAL KAN VE KAN ÜRÜNLERİ REHBERİ

EK B5.3 TRANSFÜZYON MERKEZİ DENETLEME FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| Tarih |  |
| Formu Dolduran |  |
| Hizmet Biriminin Adı |  |
| Hizmet Biriminin Sorumlusu |  |
| Kurumun Adı |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| Elektronik Posta |  |
| Ruhsat No |  |
| Ruhsat Tarih / Sayı |  |
| 1.BÖLÜM FİZİKİ KOŞULLAR-ALT YAPI |
|  | UYGUN | UYGUN DEĞİL | AÇIKLAMA |
| Bina ve/veya bölümler işleyiş ve faaliyetlere uygun şekilde düzenlenmiş mi? |  |  |  |
| Bina ve bölümlerin etkin temizlik ve bakımı sağlanmış mı? |  |  |  |
| Güvenlik düzenlemeleri çalışan,kan bağışçı, hasta yakını ve diğer sivilleri korumak yönünden yeterli mi? |  |  |  |
| Kan alma koltuğu, kan toplama-çalkalama cihazı,hortum kapatıcı yeterli sayı ve niteliklerde mi? |  |  |  |
| Kan alma işlemi sırasında oluşabilecek reaksiyonlar için tıbbi malzeme ve ilaç var mı? |  |  |  |
| Test ve depolama alanları yeterli ve uygun mu? |  |  |  |
| Dağıtım ve taşıma donanımı yeterli ve uygun mu? |  |  |  |
| Kayıtlar ve veri Yönetimi için bilgisayar programı var mı? Donanım yeterli mi? |  |  |  |
| Diğer hizmet birimleri ile bilgisayar ağı yardımıyla iletişim kurulabiliyor mu? |  |  |  |

ULUSAL KAN VE KAN ÜRÜNLERİ REHBERİ

|  |
| --- |
| 2.BÖLÜM PERSONEL-İNSAN KAYNAKLARI |
| **Hizmet Birim Sorumlusu** |  |
| Adı- Soyadı |  |
| Unvanı |  |
| Uzmanlık Dalı |  |
| Transfüzyon Tıbbi Eğitimi |  |
| Diğer Eğitimleri |  |
| **Hizmet Biriminde Görevli Hekimler** |  |
| Sayı |  |
| Unvan (Sayı) | Pratisyen Hekim |  | Uzman Hekim  |  |  |
| Uzmanlık Dalı |  |
| Görev Tanımı | Var  |  |  Yok |  |  |
| Sertifika Durumu | Var |  |  Yok |  |  |
| **Sekreter** |  |
| Sayı |  |
| Görev Tanımı | Var |  |  Yok |  |  |
| Eğitim |  |
| Diğer |  |
| **Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru** |  |
| Sayı |  |
| Görev Tanımı | Var |  |  Yok |  |  |
| Sertifika Durumu | Yok |  |  Yok |  |  |
| Eğitim |  |
| Diğer |  |
| **Biyolog** |  |
| Sayı |  |
| Görev Tanımı | Var |  |  |  |  |
| Sertifika Durumu | Var |  |  |  |  |
| Eğitim |  |
| Diğer |  |
| **Tekniker** |  |
| Sayı |  |
| Görev Tanımı | Var |  | Yok |  |  |
| Sertifika Durumu | Var |  | Yok |  |  |
| Eğitim |  |
| Diğer |  |

ULUSAL KAN VE KAN ÜRÜNLERİ REHBERİ

|  |
| --- |
| **3. BÖLÜM İŞLEMLER** |
| **KAN BAĞIŞI** | UYGUN | UYGUN DEĞİL | AÇIKLAMA |
| Bağışçı sorgulama formu kullanılıyor mu? |  |  |  |
| Doldurulduktan sonra saklanıyor mu? Süre? |  |  |  |
| Bağışçıya bağış öncesi bilgi veriliyor mu? |  |  |  |
| Bağışçı kabul ölçütleri kullanılıyor mu? |  |  |  |
| Bağışçı ret oranları takip ediliyor mu? |  |  |  |
| Bağışçıya ait ait şahit numune bir yıl saklanıyor mu? |  |  |  |
| Bağışçı segmenti ve hasta primer tüpü transfüzyon sonrası bir hafta saklanıyor mu? |  |  |  |
| Bağışçının mikrobiyolojik tarama testi sonucu ile ilgili bildirim, bilgilendirme ve takibi yapılıyor mu? |  |  |  |
| Tarama testi pozitifliklerinde izlenen bir akış var mı? |  |  |  |
| Acil durum cross match testi ve enfeksiyon tarama testleri için izlenen bir akış var mı? |  |  |  |
| Kan alma prosedürü var mı? |  |  |  |
| **BİLEŞEN HAZIRLAMA** | UYGUN | UYGUN DEĞİL | AÇIKLAMA |
| Bileşenlerin takibi için uygun bir kodlama sistemi kullanılıyor mu? |  |  |  |
| Depolama ısı kontrollü ortanda yapılıyor mu? |  |  |  |
| Dağıtım ve nakil ısı kontrollü ortanda ve yetkili personel ile yapılıyor mu? |  |  |  |
| Bağışçı aferezi yapılıyor mu? |  |  |  |
| Bağışçı aferezi işlem sayısı (Aylık) |  |  |  |
| Otolog kan bağışı yapılıyor mu? |  |  |  |
| Otolog kan bağışında yöntem |  |  |  |
| Tanımlanmış prosedür var mı? |  |  |  |

ULUSAL KAN VE KAN ÜRÜNLERİ REHBERİ

|  |  |
| --- | --- |
| **TESTLER-1 (İmmünolojik Testler)** | (Yöntem belirtiniz uygun olmayanları açıklayınız) |
|  | UYGUN | UYGUN DEĞİL | AÇIKLAMA |
| ABO forwad gruplama,ABO reverse gruplama,AB alt grup belirleme,RhD gruplama,Rh alt (C-c-E-e) gruplama,Varyant/zayıf D belirleme,Cross-match testi,Antikor tarama (indirek Cooms), Antikor tanımlama, Antikor titresi belirleme, Elüsyon-adsorbsiyon,Direk Coombs, Minör kan gruplama |  |  |  |
| Coombs testlerinde kontrol kullanılıyor mu? |  |  |  |
| Tüm örneklerde ABO gruplamada forward-reverse gruplama birlikte yapılıyor mu? |  |  |  |
| Tüm bağışçı örneklerinde varyant/zayıf D belirleme yapılıyor mu? |  |  |  |
| Slayt yöntemi kullanılıyor mu? |  |  |  |
| **TESTLER-2 Mikrobiyolojik tarama testleri)** | (Yöntem belirtiniz uygun olmayanları açıklayınız) |
|  | UYGUN | UYGUN DEĞİL | AÇIKLAMA |
| Anti-HIV |  |  |  |
| Anti-HCV |  |  |  |
| HbsAg |  |  |  |
| Sifilis |  |  |  |
| Tekrarlayan reaktiviteye bakılıyor mu? |  |  |  |
| Ürün imha prosedürü var mı? |  |  |  |
| Bağışçı bildirim ve bilgilendirme prosedürü var mı? |  |  |  |
| **İDARİ İŞLEMLER** |  |  |  |
| Hastane Transfüzyon Komitesi var mı? |  |  |  |
| Hastane Transfüzyon Komitesi üyeleri uygun seçilmiş mi? |  |  |  |
| Komite toplanma sıklığı uygun mu? |  |  |  |
| Toplantı tutanakları var mı? |  |  |  |
| Transfüzyon Komitesi kararları Sağlık Bakanlığı’na bildiriliyor mu? |  |  |  |
| Hastanenin tam kan kullanım oranı %5’in altında mı? |  |  |  |
| Transfüzyon reaksiyonları için geri bildirim formu kullanılıyor mu? |  |  |  |
| Formlar kan merkezine geri gönderiliyor mu? |  |  |  |
| Transfüzyon reaksiyonlarının bildirimi yapılıyor mu? |  |  |  |
| Transfüze edilmeyen kanların hizmet birimine kabülü ile ilgili işlem tanımlanmış mı? |  |  |  |
| Hizmet birimi ile ilgili hemovijilans kayıtları tutuluyor mu? |  |  |  |

ULUSAL KAN VE KAN ÜRÜNLERİ REHBERİ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖZEL İŞLEMLER** |  |  |  |
| Filtrasyon |  |  |  |
| **4. BÖLÜM KALİTE YÖNETİMİ** | UYGUN | UYGUN DEĞİL | AÇIKLAMA |
| Üst yönetim, vizyon ve misyonunu tanımlarken hizmet biriminde yürütülen tüm hizmet, işlem ve testlerle ilgili kalite gereklerine mutlak ve tam uyum hedefini benimsemiş mi) |  |  |  |
| Hizmet biriminin jkalite hedefleri ve planları belirlenmiş mi? |  |  |  |
| Kalite güvence birimi var mı? |  |  |  |
| Kalite güvenceden sorumlu personel var mı? |  |  |  |
| Tüm personelin görev tanımları yapılmış mı? |  |  |  |
| Testlerle ilgili SİP’ler yeterli, tam, açık ve uygun mu? |  |  |  |
| İşlemler ile ilgili SİP’ler yeterli, tam, açık ve uygun mu? |  |  |  |
| Laboratuvar testlerinde her çalışma için internal kontroller yapılıyor mu?  |  |  |  |
| Kayıtlar tutuluyor mu? |  |  |  |
| Test güvenilirliğini sağlamak üzere tüm bakım ve kalibrasyon işlemlerini de içeren bir cihaz yönetim programı var mı? |  |  |  |
| Test örneklerinin uygun yöntem ve miktarda alınması, tanımlanması, çalışılıncaya kadar saklanması prosedürü tanımlanmış mı? |  |  |  |
| Personele hizmet içi eğitim yapılıyor mu? |  |  |  |
| Hizmet içi eğitim ölçme değerlendirmesi yapılıyor mu? Kayıtları tutuluyor mu? |  |  |  |
| Kan güvenliğini sağlamak üzere kalibrasyonu yapılmış termometrelerle tüm saklama, depolama, dağıtım ve nakil ortamlarının ısı kontrolü yapılıyor mu? |  |  |  |
| Hizmet biriminin verdiği hizmetler, hazırladığı ürünler, yaptığı testlerle ilgili kullanıcılarını yeterli düzeyde bilgilendiren araçları var mı? |  |  |  |
| Hizmet biriminin güvenlik prosedürü var mı? |  |  |  |
| Hizmet, test ve ürün devamlılığını sağlamak üzere, tüm malzemeleri için temin, muayene, kurulum prosedürleri var mı? |  |  |  |