

عنوان روش اجرایی:

مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون

کد: PDC 13-02	شماره ویرایش: ۱۱	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۱۴۰۵/۲/۲۰
حوزه تولید: آزمایشگاه	تعداد صفحه ها: ۳	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۵/۲/۱۷
هدایت کننده: مسئول فنی آزمایشگاه		تاریخ بازبینی بعدی: ۱۴۰۶/۲/۲۰

اهداف:

۱. تزریق خون ایمن و بدون واکنش به بیماران
۲. جلوگیری از به خطر انداختن جان بیماران
۳. مشخص شدن علت و چرایی بروز واکنش احتمالی در زمان تزریق خون
۴. در صورت نیاز به تکرار تزریق خون و فراورده های خونی از فراورده های ایمن تر استفاده گردد.

دامنه کاربرد:

آزمایشگاه و بخش های پرستاری

تعریف واژگان و کلمات کلیدی:

عوارض ناخواسته انتقال خون هر نوع نشانه یا علامت ناخواسته یا نا مساعدی که در حین و یا به فاصله ۲۴ ساعت از انتقال یک واحد خون یا فرآورده رخ می دهد که شامل :

علائم و نشانه های عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران هوشیار		
* علائم عمومی :	* علائم قلبی عروقی:	* علائم سیستم تنفسی :
تب، درد قفسه سینه ، درد کمر، درد ، ویز، عضلانی، سردرد، احساس گرما در محل تزریق یا در طول رگ	تغییرات ضربان قلب (تاکی کاردی، برادیکاردی)، خونریزی	تاکی پنه، تنگی نفس، سرفه
* علائم سیستم عصبی :	* علائم جلدی :	* علائم گوارشی :
گزگز اندام ها	راش، کهیر، خارش	تهوع، استفراغ، کرامپ شکمی
علائم و نشانه های عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران غیر هوشیار		
* نبض ضعیف * تب * افت فشار خون یا افزایش فشار خون * تغییر در رنگ ادرار * افزایش خونریزی در محل جراحی * تاکی کاردی، برادیکاردی * الیگوری، آنوری		

واکنش های حاد تزریق خون در ابتدای امر ممکن است ، تظاهرات یکسان داشته باشند بنابراین هر نشانه ای باید جدی گرفته شود و تزریق خون متوقف تا علت مشخص گردد.

مسئولیتها و اختیارات:

مسئول نظارت بر اجرای این روش اجرائی با پزشک ارشد هموویژولانس می باشد

شیوه انجام کار :

ردیف	شیوه انجام کار	مسئول انجام
۱	تحويل کیسه خون، چک Bag Number، چک گروه خون و RH مطابقت دادن نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده با الف: فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی ب: مچ بند بیمار ج: برچسب کیسه خون ارسالی از بانک خون	پرستار
۲	بررسی مشخصات ظاهری کیسه خون از نظر الف: نشست و آسیب ب: بررسی تاریخ انقضا کیسه ج: تطابق نوع فرآورده مورد درخواست توسط پزشک معالج و تحويل داده شده د: همولیز و بررسی از نظر آلودگی باکتریایی * در صورت وجود هر کدام از موارد فوق تزریق خون را انجام نداده و اقدام به شناسایی خطا و رفع آن نمایید. موارد ۱ و ۲ توسط دو پرستار چک می شود	پرستار
۳	ثبت علائم قبل از تزریق خون و فرآورده های خونی	پرستار
۴	تزریق خون و فرآورده های خونی	پرستار
۵	مشاهده تغییر علائم حیاتی و نشانه های بالینی (با وجود رعایت نکات تزریق ایمن)	پرستار
۶	قطع تزریق خون و فرآورده های خونی	پرستار
۷	اطلاع به پزشک معالج و اطلاع به بانک خون	پرستار
۸	پر کردن فرم عوارض ناخواسته ناشی از تزریق خون به صورت کامل به همراه مهر و امضاء پزشک معالج و پزشک ارشد هموویژولانس و پرستار مربوطه	پرستار
۹	نمونه گیری از بیمار جهت انجام آزمایش های لازم به عوارض ناخواسته ناشی از تزریق خون (۲) لوله لخته حداقل ۵ سی سی، ۲ لوله CBC و نمونه ادرار و ABG)	پرستار
۱۰	تحويل کیسه برگشتی و فرم عوارض ناخواسته و نمونه های آزمایش به بانک خون بیمارستان * در مورد واکنش های خفیف یا تاخیری که ساعت ها از تزریق خون گذشته و محتویات کیسه خون کاملاً تزریق گریده است فقط آزمایشات مربوطه ارسال می گردد.	کمک بهیار
۱۱	نمونه خون بیمار و کیسه خون قبل و بعد از تزریق از نظر گروه خون به هر دو روش Back type / Cell type انجام می شود.	پرسنل فنی بانک خون
۱۲	کیسه خون واکنش داده شده قبل و بعد از تزریق کراس مچ می شود.	پرسنل فنی بانک خون
۱۳	تست های کومبس مستقیم - کومبس غیر مستقیم - آنتی بادی اسکرینینگ و اتو آنتی بادی بر روی نمونه خون بیمار انجام می شود.	پرسنل فنی بانک خون
۱۴	در صورت وجود علائم تب به میزان بیش از ۱ درجه سانتیگراد کیسه خون واکنش داده شده جهت کشت میکروبی به بخش میکروب تحويل داده می شود.	پرسنل فنی بانک خون و پرسنل فنی میکروبی شناسی
۱۵	بررسی نمونه ادرار از نظر وجود هموگلوبین آزاد در ادرار	پرسنل آزمایشگاه

انجام و بررسی میزان O2 Saturation	پرسنل آزمایشگاه	۱۶
انجام تست های آزمایشگاهی لاکتات دهیدروژناز- آلکالن فسفاتاز- K- SGPT -BUN-CR- CAL-PH-BILI در صورت نیاز درخواست پزشک	پرسنل فنی آزمایشگاه	۱۷
بررسی نتایج تست های آزمایشگاهی و اطلاع به پزشک / دستیار معالج	پرستار بخش	۱۸
فکس فرم تکمیل شده عوارض ظرف کمتر از ۴۸ ساعت به دفتر مرکزی هموویژلانس	دفتر پرستاری	۱۹

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان:

- دکتر کامبیز مظفری: مسئول فنی بانک خون
- فاطمه گابله: مسئول بانک خون
- شبنم زعفری: سوپروایزر آموزش سلامت
- حبیب الله رضائی: سوپروایزر آموزشی
- راضیه شریف مرادی: سرپرستار
- راحله شمیرانی: سرپرستار
- هادی خلج: سوپروایزر آزمایشگاه

مستندات مرتبط:

پوستر سازمان انتقال خون
فرم عوارض ناخواسته انتقال خون

منابع و امکانات لازم:

۱. نیروی انسانی
۲. تجهیزات لازم
۳. دستگاههای مرتبط

مراجع:

۱. Text book of blood banking and Trans Fusion medicine
۲. Clinical diagnosis and management by laboratory methods (Henry)

۳. مستندات ارسالی از سازمان انتقال خون (پوستر)

نام و امضاء تایید کننده رئیس بخش آزمایشگاه تشخیص طبی: دکتر سیامک میراب سمیعی	نام و امضاء سرپرست تهیه کنندگان: مسئول بانک خون : فاطمه گابله
نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده رئیس انستیتو : دکتر فریدون نوحی	مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت دکتر بهزاد مومنی