



به نام خداوند بخشنده مهربان
الگوریتم نحوه استقرار سیستم هموویژلانس در مراکز درمانی
(ویرایش دوم-دی ۱۳۹۱)

- 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، زنان، 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 و سمینارهای مرتبط، توسط سازمان انتقال خون آموزش داده شده اند). مسئولیت آموزش هسته های آموزشی با پایگاه های انتقال خون می باشد.
- تبصره ۱-۱- اسامی هسته آموزشی هر مرکز با ذکر درجه تحصیلی و سمت افراد و هر گونه تغییر در ترکیب آنان بایستی به صورت مکتوب به پایگاه انتقال خون اعلام گردد.
- تبصره ۲-۱- تعداد افراد در هسته آموزشی بسته به افرادی که باید در هر مرکز آموزش داده شوند متغیر بوده و لی حداقل از سه گروه تخصصی باید در آن حضور داشته باشند.
- تبصره ۳-۱- سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر آزمایشگاه، مسئول بانک خون از افراد ثابت در هسته آموزشی می باشند.
- تبصره ۴-۱- اعلام اسامی منتخبین پرسنل بانک خون مرکز درمانی (۲ نفر) به پایگاه انتقال خون جهت اخذ آموزشهای عملی آشنایی با نحوه انجام آزمایشات سازگاری در بانک خون از جمله غربالگری آنتی بادی
- ۲- به هسته های آموزشی و منتخبین پرسنل بانک خون معرفی شده توسط پایگاه انتقال خون مربوطه آموزشهای تئوری مورد نیاز برای استقرار سیستم هموویژلانس ارائه شود.
- تبصره ۱-۲- به منتخبین پرسنل بانک خون نحوه انجام آزمایشات سازگاری در بانک خون از جمله غربالگری آنتی بادی به صورت عملی آموزش داده شود
- تبصره ۲-۲- توسط پایگاه انتقال خون برای تمام افراد آموزش داده شده گواهی نامه گذراندن دوره آموزش هموویژلانس صادر گردد.
- تبصره ۳-۲- در صورت آموزش هسته های آموزشی در قالب سمینارهای بازآموزی امتیازدار دریافت گواهی بازآموزی توسط شرکت کنندگان کافی می باشد.
- ۳- هسته های آموزشی با استفاده از اسلایدهای تهیه شده در واحد هموویژلانس سازمان (اسلایدهای عوارض حاد ویژه پرستار و پزشک و اسلایدهای عوارض تاخیری) و همچنین سایر مستندات مرتبط با استقرار سیستم که از طریق تارنمای سازمان انتقال خون به آدرس اینترنتی www.ibto.ir قابل دسترسی است، به صورت آشنایی به تمامی پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون شاغل در مرکز درمانی محل خدمت، آموزشها را ارائه نمایند.
- تبصره ۱-۳: پیگیری ارائه آموزش های آشنایی بعدی توسط هسته های آموزشی به عهده پایگاه انتقال خون می باشد.
- ۴- پس از اتمام مراحل آموزشی مخاطبین در هر مرکز درمانی، نحوه تایید آموزش های داده شده به پرستاران، پزشکان و پرسنل بانک خون در سیستم هموویژلانس به صورت ۱: قبولی در آزمونی است که حداکثر پس از ۲ ماه از اتمام آموزش ها و طی هماهنگی با پایگاه انتقال خون استان مربوطه به عمل آمده و با توجه به نتایج حاصله



به نام خداوند بخشنده مهربان
الگوریتم نحوه استقرار سیستم هموویژلانس در مراکز درمانی
(ویرایش دوم-دی ۱۳۹۱)

، گواهی نامه گذراندن دوره آموزش هموویژلانس، توسط پایگاه انتقال خون برای افرادی که نمره ۱۴ و بالاتر، از نمره ۲۰ را اخذ کرده اند صادر می شود. ۲- شرکت مخاطبین در سمینار، کنگره، همایش و کنفرانس های مرتبط با هموویژلانس و دریافت گواهی بازآموزی.

تبصره ۱-۴- تمامی پرسنل بانک خون باید آموزش های عملی و مورد تایید پایگاه انتقال خون و تمامی پزشکان و پرستاران گواهی گذراندن دوره آموزش هموویژلانس را در پرونده خود داشته باشند. **پایگاه انتقال خون باید به صورت مستقیم در جریان آموزش پرسنل شاغل در مرکز درمانی قرار گیرد.**

تبصره ۲-۴- "فرم اطلاعات مرتبط با آموزش در سیستم هموویژلانس مربوط به بیمارستان"، باید سالی دوبار توسط واحد آموزش بیمارستان ها تکمیل و به پایگاه انتقال خون استان مربوطه ارسال گردد.
تبصره ۳-۴: پایگاه های انتقال خون نیز باید بر طبق "فرم اطلاعات مرتبط با آموزش در سیستم هموویژلانس مربوط به بیمارستان" اقدام به تکمیل "فرم اطلاعات مربوط به استقرار سیستم هموویژلانس جمع آوری شده توسط پایگاه" (در فضای Excel) نموده و CD آن را به همراه یک نسخه کپی از فرم ارسال شده توسط بیمارستان ها به دفتر هموویژلانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون ارسال نمایند.
تبصره ۴-۴- در هر مرکز درمانی باید اطمینان حاصل گردد که آموزش ها به صورت دوره ای برای تمام پرسنل جدید الورد نیز گذاشته شده و مستندات مطابق با بند ۳ به پایگاه انتقال خون ارسال گردد.

۵- پس از طی این مراحل امکان استقرار نظام مراقبت از خون در مرکز درمانی مورد تایید قرار گرفته و پایگاه انتقال خون، گواهی نامه هموویژلانس برای مرکز درمانی صادر می نماید. (نمونه گواهی در تارنمای سازمان انتقال خون به آدرس اینترنتی www.ibto.ir قابل دسترس می باشد)

تبصره ۱-۵- **پایگاه انتقال خون اصل گواهی استقرار نظام مراقبت از خون را به ریاست بیمارستان و نسخه کپی آن را به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و ستاد مرکزی انتقال خون ارسال نمایند.**

تبصره ۲-۵- در صورت آموزش ۷۵٪ درصد از پرسنل شاغل در هر مرکز درمانی، گواهی نامه هموویژلانس یک ساله از پایگاه انتقال خون استان برای مرکز درمانی فوق صادر می گردد و مرکز درمانی به صورت سالیانه موظف به تمدید گواهی نامه فوق می باشد.

تبصره ۳-۵- در صورت آموزش ۲۰٪ - ۷۵٪ از پرسنل شاغل در هر مرکز درمانی، گواهی نامه هموویژلانس شش ماهه از پایگاه انتقال خون استان برای مرکز درمانی صادر می گردد و مرکز درمانی در طی ۶ ماه از صدور گواهی مربوطه، موظف به آموزش بیش از ۷۵٪ پرسنل شاغل در مرکز درمانی می باشد و پس از آن جهت دریافت گواهی نامه یکساله هموویژلانس اقدام نماید.

در این حالت ریاست بیمارستان باید به صورت مکتوب تضمین نماید که در تمامی موارد نیاز به تزریق خون و یا فرآورده های آن در هر شیفت کاری و یا هر بخشی از بیمارستان، افراد آموزش دیده از قبیل پزشک، پرستار و پرسنل بانک خون آموزش دیده، حضور خواهند داشت.

تبصره ۴-۵- در صورتی که کمتر از ۲۰٪ از پرسنل شاغل در مرکز درمانی، دوره آموزش مرتبط با هموویژلانس را دریافت کرده باشند، امکان استقرار نظام مراقبت از خون در مرکز درمانی فوق وجود ندارد.



به نام خداوند بخشنده مهربان
الگوریتم نحوه استقرار سیستم هموویژلانس در مراکز درمانی
(ویرایش دوم-دی ۱۳۹۱)

۶- سپس مراکز درمانی نسبت به چاپ و تکثیر فرمها و پوستره‌های هموویژلانس اقدام نموده و این فرمها را جایگزین فرمهای قبلی مورد استفاده نمایند، فایل این فرمها در پایگاه‌های انتقال خون هر استان، تارنمای سازمان انتقال خون به آدرس اینترنتی www.ibto.ir و نیز در CD های موجود در Package شرکت کنندگان در سمینار "هموویژلانس و آزمایشات سازگاری در بانک خون" موجود می باشد. دقت گردد از آخرین ویرایش این فرم‌ها جهت تکثیر استفاده گردد. برای اطمینان از این مورد همواره با پایگاه انتقال خون در ارتباط باشید.

مشخصات هر کدام از فرمها به شرح ذیل می باشد:

- الف - فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن (کاربن دار- دو نسخه‌ای)
- ب - فرم درخواست خون در موارد اورژانس (کاربن دار- دو نسخه‌ای)
- ج - فرم درخواست پلاکت فرزیس (کاربن دار- دو نسخه‌ای)
- د - فرم نظارت بر تزریق گلبول قرمز (کاربن دار- سه نسخه‌ای)
- ه - فرم نظارت بر تزریق پلاسما - پلاکت و کرایو (کاربن دار- سه نسخه‌ای)
- و - فرم گزارش عوارض ناخواسته مرتبط با تزریق خون
- ز - فرم میزان توزیع و مصرف ماهیانه خون و فرآورده های آن (تکمیل توسط پرسنل بانک خون)
- ح - فرم میزان توزیع و مصرف سالیانه خون و فرآورده های آن (تکمیل توسط پرسنل بانک خون)
- ط - فرم مصرف خون و فرآورده ها به تفکیک سن و جنس مربوط به بیمارستان

لازم است فرم‌ها کاربن دار تهیه و یا پوسترها کاملاً مشابه نمونه فرم‌ها و پوستره‌های ارائه شده توسط سازمان انتقال خون باشد. اکیداً توصیه می گردد با توجه به لزوم ویرایش مرتب فرمها در سازمان انتقال خون، مراکز درمانی هر بار برای مصرف ۶ ماهه خود به چاپ آنها اقدام نمایند. برای اخذ اطلاعات دقیق تر با کارپردازی سازمان انتقال خون یا موسسه انتشاراتی زهد (۰۹۱۲۲۰۰۴۲۵۵) تماس حاصل فرمایید.

تبصره ۱-۶: نمونه فرمهای کاغذی فوق ضمیمه می باشد.

تبصره ۲-۶: به روز بودن فرم‌های مورد استفاده در بیمارستان و استفاده از آخرین نسخه هر کدام از فرم‌ها مورد بررسی قرار گیرد. برای اطمینان از این مورد همواره با پایگاه انتقال خون در ارتباط باشید.

۷- از هر مرکز درمانی یک نفر به عنوان پزشک ارشد هموویژلانس و یک نفر به عنوان جانشین به پایگاههای انتقال خون معرفی گردد. "شرح وظایف پزشک ارشد هموویژلانس و ویرایش اول" قابل دسترسی در تارنمای سازمان به آدرس اینترنتی www.ibto.ir.

۸- در صورت وقوع هر گونه عارضه ناخواسته ناشی از تزریق خون، ضرورت دارد مطابق با "الگوریتم نحوه مدیریت عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در سیستم هموویژلانس" ذیل اقدام شود: (قابل دسترسی تارنمای سازمان به آدرس اینترنتی www.ibto.ir):



به نام خداوند بخشنده مهربان
الگوریتم نحوه استقرار سیستم هموویژلانس در مراکز درمانی
(ویرایش دوم-دی ۱۳۹۱)



۹- فرم گزارش عارضه به صورت کامل تکمیل شده و توسط پزشک ارشد هموویژلانس مورد تایید قرار گیرد و در ظرف ۴۸ ساعت از زمان بروز عارضه،

در تهران :

۱- دور نگار به دفتر هموویژلانس (شماره فاکس ۸۸۶۰۱۵۷۴) (پشت فرم گزارش عارضه نام بیمار نوشته شده باشد)

۲- تهیه اسکن از پشت و روی فرم گزارش عارضه (پشت فرم نام بیمار نوشته شده باشد) و ارسال به هردو آدرس زیر به صورت همزمان

ibtonihs@gmail.com
ibtonihs@ibto.ir

در شهرستانها :

- دور نگار فرم گزارش عارضه تکمیل شده به پایگاه انتقال خون
- تهیه اسکن از پشت و روی فرم گزارش عارضه (پشت فرم نام بیمار نوشته شده باشد) و ارسال به هردو آدرس زیر به صورت همزمان (تاریخ ارسال فرم برای ستاد مرکزی را بالای فرم قید نموده و تلفنی (۰۲۱-۸۲۰۵۲۱۶۵) ارسال ای میل را اعلام فرمائید) :

ibtonihs@gmail.com
ibtonihs@ibto.ir

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

۱۱- پایگاه های انتقال خون پس از دریافت فرم های گزارش عوارض باید نسبت به کامل بودن آنها اطمینان حاصل نموده و با ثبت تاریخ دریافت از بیمارستان و تاریخ ارسال برای ستاد مرکزی بر روی فرم نسبت به ارسال آن به ستاد از طریق فاکس به شماره ۸۸۶۰۱۵۷۴ و ۸۸۶۰۱۵۸۲ ظرف مدت ۴ روز کاری از وقوع عارضه اقدام نمایند.

۱۲- تکمیل ماهیانه "فرم مصرف خون و فرآورده ها به تفکیک سن و جنس" توسط بانک خون بیمارستانها و ارسال به پایگاه انتقال خون استان.

تاریخ بازنگری : دی ماه ۱۳۹۱

تهیه شده : واحد هموویژلانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون