

W dniu kontroli temperatury w urządzeniach chłodniczych były prawidłowe, odczyty temperatur (po 2 zwalidowane termometry w każdym z urządzeń) są odnotowywane zgodnie z przepisami 3 razy na dobę co 8 godzin.

Zgodnie z zaleceniem pokontrolnym, w pomieszczeniu z urządzeniami chłodniczymi zainstalowano klimatyzator (pomieszczenie bywa mocno nasłonecznione w miesiącach letnich).

W Banku prowadzone są dwie Książki Przychodu i Rozchodu, osobno dla KKCz oraz dla FFP, krioprecypitatu i KKP. Dokumentacja prowadzona jest w sposób bardzo staranny; prawidłowy.

Zalecono aby wszelka dokumentacja Banku miała dołączoną jako pierwszą rubrykę z liczbą porządkową (numeracja Lp.)

W roku 2009 z Banku Krwi rozchodowano na oddziały:

-8518j. KKCz,

-4613j. FFP,

-1732,75j. KKP,

-329j. Krioprecypitatu (34j. na o. Chirurgii Onkologicznej, 81j. na o. Intensywnej Terapii Chirurgicznej, 211j. na o. Kardiochirurgii).

W/w ilości rozchodowanych składników krwi są podobne do ilości rozchodowanych w roku 2010. Zauważalnie jedynie zwiększyła się liczba przetoczeń krioprecypitatu (121j. w roku 2010).

W roku ubiegłym zdecydowanie najwięcej składników krwi, zarówno KKCz, FFP jak i KKP, przetoczono w oddziale Kardiochirurgii (1845,75j. KKCz, 1449,5j. FFP, 1267j. KKP) choć są to ilości nieznacznie mniejsze w porównaniu do roku ubiegłego.

Duża ilość KKCz przetoczona została również w oddziale Wewnętrznym (1779,25j.) Natomiast FFP najczęstsze zastosowanie w krwiolecznictwie znajdowało poza o. Kardiochirurgii w o. Intensywnej Terapii Chirurgicznej (800,50j.) i w o. III Chirurgii Naczyniowej (549,50j.)

Bank zamawia w RCKiK składniki krwi zarówno na zamówienia indywidualne jak i na zamówienia zbiorcze. Zbiorcze zamówienia sporządzane są każdego dnia roboczego przez p. kierownik Banku, upoważnioną do tej czynności przez dyrektora SPSK2. Dąży się do utrzymywania na stanie Banku stałego zapasu składników krwi.

W dniu kontroli stan magazynowy Banku Krwi wynosił:

- 66j. KKCz/RW- bez koż. 1.-pl.,

- 152j. FFP po karencji,

- 6 pojemników z FFP po karencji otrzymanym metodą aferezy.

W Banku prowadzona jest w postaci książek ewidencja przychodu i rozchodu Immunoglobuliny Gamma anty-D oraz czynników krzepnięcia. Sposób prowadzenia Książki Przychodu i Rozchodu dla czynników krzepnięcia należy zmienić zgodnie z wytycznymi przekazanymi podczas kontroli.

Kontrolowano kopie zamówień indywidualnych na składniki krwi wypełniane przez lekarzy w oddziałach, które archiwizowane są w Banku Krwi.

Zwrócono uwagę, iż wiele zamówień na krew do tzw. rezerwy nie ma odnotowanego uzasadniającego wskazania do przetoczenia jak również często i rozpoznania (poza adnotacją „do zabiegu operacyjnego”). W rozmowie z ustalono, iż w/w druki zamówienia będą uzupełniane ewentualnie wymieniane na bardziej szczegółowe.

Protokoły Kontroli Temperatur Transportu składników krwi prowadzone są prawidłowo.

Bank prowadzi ewidencję zniszczeń składników krwi. W roku 2010 z powodu przeterminowania zniszczono 36. KKCz, natomiast 49,5j. FFP zniszczonych zostało z powodu uszkodzenia pojemników. Są to ilości nieznacznie większe w porównaniu do roku ubiegłego, choć generalnie liczba przeterminowanych jednostek KKCz w stosunku do liczby jednostek wydanych na oddziały szpitala nie jest duża.

W roku 2011 do dnia kontroli przeterminowaniu uległa 6j. KKCz, natomiast 18j. FFP zniszczono z powodu uszkodzenia pojemników.

Nadal należy utrzymywać ścisły nadzór nad delikatnym, starannym obchodzeniem się z b. kruchymi pojemnikami z FFP w stanie zamrożenia w celu ograniczenia ilości zniszczeń z powodu uszkodzenia pojemników.

Kontrolowany sposób ułożenia pojemników z FFP w zamrażarkach, nie budził zastrzeżeń.

Zgodnie z zaleceniem, prowadzona jest w Banku ewidencja powikłań poprzetoczeniowych odnotowywanych we wszystkich oddziałach szpitala. W roku 2010 odnotowano i zgłoszono do RCKiK w Szczecinie 4 odczyny poprzetoczeniowe.

Standardowe Procedury Operacyjne SOP związane z prowadzeniem Banku zostały odesłane z RCKiK w celu naniesienia poprawek. Należy pilnie zakończyć opracowywanie w/w dokumentacji.

Walidacje urządzeń chłodniczych, termometrów, temperatur w pojemnikach transportowych prowadzone są co roku, w sposób zgodny z przepisami. Resztek poprzetoczeniowych nie przechowuje się w Banku Krwi.

Poprzednia kontrola została przeprowadzona przez lek. Zdzisławę Malinowską- Szutowicz i lek. Mirosławę Niebieszczańską w dniu 29.06.2010 r.

Ustalone zalecenia pokontrolne zostały zrealizowane prawie w całości.
Zalecenie, które kolejny raz ponawiamy:

1. W Książkach Transfuzyjnych należy szczegółowo wypełniać wszystkie rubryki, odnotowując m.in. godzinę dostarczenia składnika krwi na oddział i godzinę rozpoczęcia przetoczenia.

Obecnie kontrolowano rodzaje i ilości składników krwi stosowanych w oddziale, przestrzeganie obowiązujących zasad przetaczania, kto przetacza, nadzór nad przetaczaniem i dokumentacją z tym związaną.

Ustalenia i ocena wyników kontroli:

odpowiedzialna za gospodarkę krwią, nadal systematycznie organizuje szkolenia wewnętrzne dla personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w zakresie zasad leczenia krwią.

W szpitalu od lat regularnie, zgodnie z przepisami Rozporządzenia, odbywają się posiedzenia Komitetu Transfuzjologicznego. Podczas kontroli przekazała nam protokół z ostatniego posiedzenia komitetu, które odbyło się w dniu 09.12.2010r. oraz jego program. W w/w protokole nie podano nazwisk osób uczestniczących w posiedzeniu, będących członkami Komitetu.

Oddział Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z pododdziałem Ostrych Zatruc
(ilość łóżek 11)

W oddziale zatrudnionych jest 35 pielęgniarek, spośród których tylko jedna pani nie posiada aktualnych uprawnień do wykonywania transfuzji. Do wglądu dostępna jest w oddziale lista z nazwiskami pań, które odbyły szkolenia w RCKiK w zakresie krwiolecznictwa. Listę należy uaktualnić.

W kontroli uczestniczył i udzielał informacji na temat m.in. wskazań do przetoczeń krwi w oddziale p. ordynator !

Lekarzem transfuzjonistą oddziałowym jest _____, która nie brała udziału w kontroli, ponieważ w tym czasie uczestniczyła w zabiegu na bloku operacyjnym.

W oddziale prowadzone są 3 Książki Transfuzyjne (KT) osobno dla KKCz, FFP oraz dla Albumin.

Zapisy w KT nanoszą pielęgniarki i lekarze. Sposób prowadzenia KT nie jest dokładny, o czym poinformowano pielęgniarkę oddziałową i ordynatora. Nie wszystkie rubryki w KT są uzupełniane. Często rubryki odnośnie: godziny rozpoczęcia przetoczenia, opisu przebiegu przetoczenia nie są wypełniane. Brak podpisu i pieczętki lekarza nadzorującego przebieg transfuzji, brak nazwisk pielęgniarek wykonujących przetoczenie.

Numeracja w KT (rubryka z liczbą porządkową) prowadzona jest bez zachowania ciągłości. Numerację należy prowadzić zgodnie z zaleceniami, tj. rozpoczynać ją od numeru 1 z początkiem każdego nowego roku kalendarzowego i kończyć wraz z zakończeniem roku.

Zwrócono uwagę, aby składniki krwi odbierać z Banku Krwi w miarę możliwości sukcesywnie, nie jest bowiem dopuszczalne przechowywanie składników krwi w oddziale szpitalnym jeśli nie posiada specjalnie do tego celu przeznaczonej walidowanej, o nadzorowanej temperaturze lodówki.

Kontrołowano sposób prowadzenia dokumentacji lekarskiej krwiolecznictwa w oddziale.

Doktor _____ opracowała wzór pieczętki z rubrykami do uzupełnienia danych odnośnie transfuzji składników krwi, którą można wykorzystać do sporządzania obserwacji lekarskich w historii choroby w dniu, w którym przeprowadzono przetoczenie pacjentowi. Opisana pieczętka nie jest stosowana w kontrolowanym oddziale.

Kontrołowano historie choroby pacjentów _____ oraz _____, którym w oddziale przetaczano składniki krwi. W dokumentacji brak jest w obserwacjach wszystkich wymaganych danych odnośnie przetoczeń.

Obaj pacjenci zmarli w oddziale, sporządzono więc, zamiast Karty Informacyjnej, skrócone odpisy historii choroby pacjentów, które nie zawierały informacji o zastosowanym leczeniu składnikami krwi.

W rozmowie z p. ordynatorem podkreślono, iż lekarz nadzorujący przebieg transfuzji w obserwacjach lekarskich historii choroby pacjenta (ewentualnie na karcie dziennego leczenia pacjenta stosowanej w oddziale) powinien zawsze udokumentować transfuzję krwi w sposób szczegółowy tj. wpisać dane dotyczące składnika krwi: rodzaj, objętość, grupę krwi, numery donacji poszczególnych jednostek, ponadto opisać reakcję pacjenta w trakcie transfuzji i po jej zakończeniu oraz nanieść podpis i pieczęć lekarską.

Kontrola dotyczyła również sprawdzenia praktycznych wiadomości personelu pielęgniarskiego, dotyczących m.in. postępowania z pacjentem przed transfuzją, w trakcie jej przebiegu oraz przygotowania składników krwi do przetoczenia.

Taką rozmowę przeprowadziłyśmy z jedną z pielęgniarek zatrudnioną w oddziale, która wykazały się dobrą znajomością zasad dotyczących przetaczania krwi pacjentom.

Resztki poprzetoczeniowe przechowywane są w lodówce, przeznaczonej wyłącznie do tego celu. Temperatura wewnątrz urządzenia, ilość pozostawianych resztek wewnątrz pojemników były prawidłowe.

Stwierdzamy, iż:

1. Organizacja i funkcjonowanie Banku Krwi jest prawidłowa, nie budzi zastrzeżeń.
2. W Banku prowadzona jest racjonalna gospodarka krwią.
3. Zastosowano się do naszego zalecenia i zainstalowano klimatyzator w pomieszczeniu Banku.
4. W kontrolowanym oddziale sposób prowadzenia dokumentacji lekarskiej w zakresie krwiolecznictwa wymaga pełnego dostosowania do zaleceń.
5. Lekarz Tylutki- Pllek, odpowiedzialna za gospodarkę krwią, w sposób efektywny, pełen zaangażowania pełni w/w funkcję.

SPECJALISTA DS. NADZORU
I KONTROLI

Zdzisława Malinowska-Szuchowicz
lek. spec. transfuzjologii klinicznej

SPECJALISTA DS. NADZORU
I KONTROLI

Mirosława Niebieszczańska
lekarz transfuzjolog

Zalecenia pokontrolne:

1. W Banku Krwi należy pilnie zakończyć opracowywanie procedur SOP
2. W Banku Krwi należy zmienić sposób prowadzenia Książki Przychodu i Rozchodu dla czynników krzepnięcia, zgodnie z wytycznymi przekazanymi podczas kontroli.
3. Zamówienia indywidualne na składniki krwi lekarze z oddziałów powinni wypełniać szczegółowo, zawsze odnotowując m.in. wskazanie do przetoczenia i rozeznanie choroby. Adnotacja „do zabiegu operacyjnego” wymaga uszczegółowienia.

4. W Książkach Transfuzyjnych należy szczegółowo wypełniać wszystkie rubryki, odnosząc m.in. godzinę dostarczenia składnika krwi na oddział i godzinę rozpoczęcia przetoczenia.
5. Książka Transfuzyjna (KT) powinna być prowadzona przez pielęgniarki. Do obowiązków lekarza należy wypełnienie w KT rubryki z oceną przebiegu transfuzji oraz rubryki z podpisem i pieczętą lekarską. Ponadto lekarz powinien nadzorować zapisy dokonywane przez pielęgniarki w w/w KT.
6. Pielęgniarki oddziałowe powinny okresowo (np. raz w miesiącu) kontrolować dokładność zapisów w KT nanoszonych przez pielęgniarki.
7. Numerację Lp. w Książce Transfuzyjnej należy rozpoczynać od numeru 1 z początkiem każdego nowego roku kalendarzowego i kończyć ją wraz z zakończeniem roku.
8. Zgodnie z przepisami składniki krwi należy wydawać z Banku Krwi sukcesywnie, nie jest dopuszczalne przechowywanie składników krwi w oddziale szpitalnym jeśli nie posiada specjalnie do tego celu przeznaczonej walidowanej, o nadzorowanej temperaturze lodówki.
9. Lekarz nadzorujący przebieg transfuzji w obserwacjach lekarskich historii choroby pacjenta powinien zawsze udokumentować transfuzję krwi w sposób szczegółowy tj. wpisać dane dotyczące składnika krwi: rodzaj, objętość, grupę krwi, numery donacji poszczególnych jednostek, ponadto opisać reakcję pacjenta w trakcie transfuzji i po jej zakończeniu oraz nanieść podpis i pieczętą lekarską.
10. Z treścią protokołu należy zapoznać personel pozostałych oddziałów, które nie były kontrolowane. Stosowne zalecenia pokontrolne, należy wdrożyć również we wszystkich pozostałych oddziałach szpitala.
11. W protokołach z posiedzeń Komitetu Transfuzjologicznego należy wymienić nazwiska osób uczestniczących w zebraniu oraz zaznaczyć ewentualne wypowiedzi osób zabierających głos w dyskusji odnośnie poruszanych zagadnień.

Z-C A D Y R E K T O R A
ds. medycznych
REGIONALNEGO CENTRUM
KRWIODAJCZYWA I KRWIOTERAPII
Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowej-Curie
Lek. Ewa Kłosańska
Specj. Transfuzjologicznej Hematologii