

Szczecin dnia 14.06.2012r.

Protokół
z kontroli przeprowadzonej dnia 11.06.2012 r.
w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2
PUM w Szczecinie
w celu wyjaśnienia przetoczenia
pacjentowi z grupą krwi A RhD+ (PLUS), FFP grupy krwi 0

Podstawa prawna:

Ustawa o publicznej służbie krwi- z dnia 22.08.1997 r.
(Dz. U. Nr 106, poz. 681 z 1997 r.) z późniejszymi zmianami
oraz

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 r.
w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej,
w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami
(Dz. U. Nr 191, poz. 1607 z 2005 r.)
w tekście protokołu określane w skrócie „Rozporządzeniem”.

Kontrolę przeprowadził pracownik RCKiK w Szczecinie:
- Mirosława Niebieszczańska, spec. do spraw kontroli.
Kontrola dotyczyła oceny gospodarki składnikami krwi i krwiolecznictwa za okres od 12.05.2011 r. do 11.06.2012 r. w oddziale:
- Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z pododdziałem Ostrych Zatruc, oraz działalności szpitalnego Banku Krwi.
Dyrektorem Zakładu jest lek. Ryszard Chmurowicz,
Lekarzem odpowiedzialnym za gospodarkę krwią w szpitalu jest lek
Kierownikiem Banku Krwi jest mgr inż. _____, diagnosta laboratoryjny.
Kontrolowane Oddziały szpitalne i Bank Krwi
1. Oddział Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z pododdziałem Ostrych Zatruc: - Ordynatorem oddziału jest dr - Pielęgniarką oddziałową jest p.
2. Bank Krwi: umiejscowienie, personel, wyposażenie, skąd pobiera składniki krwi, dokumentacja itp.
Bank Krwi zajmuje jedno, przestronne pomieszczenie na terenie Laboratorium szpitala. Kierownikiem Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi jest p. mgr inż. diagnosta laboratoryjny.
Organizacja Banku nie zmieniła się od czasu ubiegłorocznej kontroli; w dni robocze do godziny 19.30, prowadzeniem wyłącznie Banku zajmuje się dwóch pracowników Pracowni Serologicznej, w pozostałych godzinach dwie osoby dyżurujące obsługują zarówno Bank Krwi jak i Pracownię Serologii.

Personel Pracowni Serologii (łącznie 14 osób) został przeszkolony w zakresie czynności dotyczących prowadzenia Banku w ramach szkolenia wewnętrznego.

W kontroli Banku uczestniczyły:

- p. mgr
- p. lek.

Dokumentacja przychodu i rozchodu składników krwi prowadzona jest równoległe w postaci Książek Przychodu i Rozchodu oraz w systemie komputerowym przy użyciu programu Apteczka Oddziałowa pakietu Infomedica. Jak mnie poinformowano, Pracownia Serologii, która również jest skomputeryzowana, korzysta z programu komputerowego, który nie jest kompatybilny z w/w programem dla Banku Krwi.

Bank Krwi sprowadza składniki krwi z RCKiK na zamówienia zbiorcze i indywidualne. Zbiorcze zamówienia sporządzane są każdego dnia roboczego przez p. kierownik Banku; upoważnienie do wykonywania tej czynności jest co roku uaktualniane przez Dyrektora SPSK2.

Bank utrzymuje na stanie stały zapas KKCz i FFP.

Stan Banku odnośnie KKCz w dniu kontroli wynosił:

- 20 j. grupy A RhD+ (plus),
- 21 j. grupy 0 RhD+ (plus),
- 22 j. grupy B RhD+ (plus),
- 6 j. grupy AB RhD+ (plus),

- 5 j. grupy A RhD- (minus),
- 2 j. grupy B RhD- (minus),
- 2 j. grupy 0 RhD- (minus).

Stan Banku dla FFP wynosił:

- 70 j. FFP po karencji,
- 12 pojemników z FFP po karencji otrzymanych metodą aferezy.

Rozchód z Banku na oddziały w roku 2011 wynosił:

- 8450,7 j. KKCz (w porównaniu do 8518 j. KKCz rozchodowanych w roku 2010),
- 4515,8 FFP (w porównaniu do 4613 j. FFP w roku 2010),
- 2171 j. KKP,
- 426 j. Krioprecypitatu.

Na wyposażeniu Banku znajdują się:

- 2 przeszklone witryny chłodnicze,
- 2 zamrażarki do przechowywania FFP,
- 2 łaźnie wodne typu Elpin,
- 2 urządzenia do suchego rozmrażania FFP typu Barkey plasmatherm (firmy Hemosystems).

Dotychczas użytkowana przez Bank Krwi Sahara III została przekazana do Kliniki Kardiochirurgii. Jak poinformowała mnie p. kierownik Banku, pojemniki z FFP dla pacjentów Kliniki Kardiochirurgii rozmrażane są nadal niezmiennie w Banku i wydawane

są z Banku w stanie rozmrożonym.

W rozmowie telefonicznej, pielęgniarka oddziałowa Bloku Operacyjnego Kardiochirurgii p. poinformowała mnie, iż w/w urządzenie znajduje się w oddziale ale nie jest użytkowane.

W dniu kontroli temperatury w urządzeniach chłodniczych mieściły się w dopuszczalnych zakresach temperatur przechowywania danych składników krwi; prowadzone są zapisy odczytów temperatur 3 razy na dobę, zgodnie z przepisami.

Kontrolowano paszporty techniczne urządzeń Banku. W paszportach są zapisy informujące o przeprowadzanych corocznych przeglądach, zgodnie z zaleceniem. Urządzenia Banku, jak wynika z zapisów, są sprawne, dopuszczone przez serwisantów do użytkowania.

W sprawdzanych protokołach kontroli temperatur transportu składników krwi nie stwierdzono nieprawidłowości.

Kontrolowano protokoły walidacji termometrów oraz urządzeń chłodniczych, które przeprowadzane są co roku.

Zalecono, aby w protokołach walidacji warunków transportu, która przeprowadzana jest dwa razy w roku, odnotowywać ilość pojemników ze składnikiem krwi umieszczonych w walidowanym transporterze.

Kontrolowano zamówienia na składniki krwi, które archiwizowane są w Banku. Sposób wypełniania przez lekarzy zamówień indywidualnych jest nie zawsze zgodny z zaleceniami.

Druki zamówień nie są ujednolicone; część oddziałów, które posługują się systemem komputerowym, drukuje zamówienia z już naniesionym szczegółowym rozpoznaniem choroby pacjenta i odręcznie dopisuje wskazanie do przetoczenia. Pozostałe oddziały stosują tradycyjne druki zamówienia z rubrykami do uzupełnień wymaganych danych. Zarówno w jednej jak i w drugiej z wyżej opisanych form zamówienia indywidualnego, często brak odnotowanego wskazania uzasadniającego przetoczenie danego składnika krwi. Przykład jednego z wielu zamówień, które budzą zastrzeżenia:

- zamówienie dla pacjentki z Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii, z dnia 05.06.2012r. na 2 j. FFP; jako wskazanie odnotowano: „do przetoczenia”.

Jak mnie poinformowano, składniki krwi z Banku najczęściej odbierają nie pielęgniarki lub położne lecz salowe, sanitariuszki lub personel pomocniczy, tj. personel prywatnej firmy świadczącej usługi dla szpitala w zakresie m.in. sprzątnia. Nie jest to postępowanie zgodne przepisami Rozporządzenia.

Osoba oddelegowana z oddziału po odbiór z Banku danego składnika krwi, na odwrocie zamówienia indywidualnego, które archiwizowane jest w Banku, składa swój podpis obok daty i godziny odbioru.

W rozmowie z p. kierownik Banku zalecono, aby w/w osoby nanosiły na zamówieniach wyłącznie czytelne podpisy, z możliwością odczytania nazwiska.

Kontrolowano dokumentację Banku odnośnie KKP oraz czynników krzepnięcia. Wybiórczo sprawdzano dostępność i sposób wypełnienia zamówień indywidualnych na KKP oraz na czynnik VIII.

Bank prowadzi kilka Książek Przychodu i Rozchodu osobno dla:

- KKCz,
- FFP, krioprecypitatu i KKP,

- Immunoglobuliny Gamma anty- D,
- czynników krzepnięcia.

Książki Przychodu i Rozchodu dla KKCz oraz dla FFP nie zawsze prowadzone są na bieżąco.

Jak mnie poinformowano, odszukiwanie w w/w Książkach zapisu dotyczącego rozchodowywanego składnika krwi jest czasochłonne a wynika to z utrzymywania dużych rezerw krwi na stanie Banku (dotyczy w szczególności FFP).

W rozmowie z p. kierownik Banku, podkreślono, iż w/w dokumentacja powinna być prowadzona na bieżąco przez dyżurujący personel Banku, tj. w momencie wydawania danego składnika krwi na oddział szpitalny rozchód powinien zostać odnotowany w jednej z w/w Książek.

Kontrolowano Książkę Zniszczeń składników krwi. Stwierdzono, iż ilości zniszczeń odnośnie KKCz są stosunkowo nieduże. W roku 2011 z powodu przeterminowania zniszczono 18 j. KKCz.

(Choć w roku bieżącym do dnia kontroli przeterminowaniu uległo już 18 j. KKCz).

Zwrócono natomiast uwagę, iż Bank nadal odnotowuje znaczne zniszczenia FFP, czego powodem są najczęściej stwierdzone podczas rozmrażania uszkodzenia pojemników. W roku 2011 straty FFP wyniosły 52,5 jednostki.

Zalecono, aby w Książkach Przychodu i Rozchodu dla KKCz i dla FFP oprócz adnotacji „przeterminowany” lub „uszkodzenie pojemnika”, dopisywać numer zniszczenia korelujący z zapisem w w/w Książce Zniszczeń.

Jak w roku ubiegłym, zalecono ponownie, aby 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.

W dniu kontroli sposób ułożenia pojemników z FFP w zamrażarkach, nie budził zastrzeżeń.

Standardowe Procedury Operacyjne SOP związane z prowadzeniem Banku po naniesieniu zalecanych poprawek zostały przesłane ponownie do RCKiK i są w trakcie zatwierdzenia. Resztek poprzetoczeniowych nie przechowuje się w Banku Krwi.

Dotyczy przeprowadzonego w Banku Krwi postępowania wyjaśniającego okoliczności przetoczenia obcogrupowego FFP w oddziale szpitalnym:

W dniu 03.05.2012 r. w Oddziale Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z pododdziałem Ostrego Zatrucia pacjentce z grupą krwi A RhD + (PLUS) przetoczono 300 ml FFP grupy 0 o numerze donacji Z5280 10332889.

W Banku Krwi kontrolowałam zamówienie indywidualne dla pacjentki Piotrowska Erika z dnia 03.05.2012 r. W zamówieniu na 2j. FFP odnotowano m.in.:

- grupa krwi pacjentki: A RhD + (PLUS),
- rozpoznanie choroby: niewydolność oddechowa,
- wskazanie do transfuzji: zaburzenia krzepnięcia,
- zamawiany składnik: FFP 2 j.

- podpis i pieczęć lekarza.

Na odwrocie zamówienia odnotowano godzinę 18.00 jako godzinę wydania FFP na oddział oraz czytelny podpis p. _____ iako osoby oddelegowanej z oddziału do odbioru składnika krwi z Banku (p. _____, jest sanitariuszką).

W Książce Przychodu i Rozchodu dla FFP, KKP i krioprecypitatu, w szeregu dotyczącym FFP grupy 0 o numerze donacji Z5280 10332889 naniesiono adnotację: „Pacjentce _____ grupa krwi A RhD + (PLUS) przetoczono osocze obcogrupowe”.

W sporządzonym pisemnym wyjaśnieniu zaistniałego zdarzenia, pracownik Banku, p. _____ będąca diagnostą laboratoryjnym, odnotowała iż:

W dniu 03.05.2012 r. o godzinie 16.45 z oddziału Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrożeń Zatruc odebrała:

- zamówienia indywidualne dla pacjentki _____ na 3 j. KKCz i 2 j. FFP,
- skierowanie na wykonanie próby zgodności,
- próbkę krwi pacjentki.

Po przygotowaniu „próby zgodności” dla KKCz grupy A RhD + (PLUS) o godzinie 17.10 rozpoczęła rozmrażanie FFP grupy 0 o pojemności 300 ml, które wyjęła z zamrażarki Banku.

O godzinie 18.00 wydała sanitariuszce:

- 3 j. KKCz grupy A RhD + (PLUS) po sprawdzeniu wyniku próby zgodności z zamówieniem i z etykietami głównymi pojemników z KKCz,
- pojemnik z FFP grupy 0 bez sprawdzenia zamówienia indywidualnego na w/w składnik krwi z etykietą główną FFP.

W wyjaśnieniu p. _____ odnotowała ponadto, iż po zorientowaniu się o zaistniałej pomyłce bezzwłocznie powiadomiła oddział.

Dyżurujący pracownik Banku, p. _____, o pomyłce zorientowała się podczas nanoszenia w Książce Przychodu i Rozchodu danych odnośnie rozchodu wydanego FFP tj. około godziny 18.50, kiedy pielęgniarka z oddziału odebrała telefoniczną informację o zaistniałej pomyłce wydania z Banku obcogrupowego FFP.

Błędy pracownika Banku, które odnotowałam podczas postępowania wyjaśniającego opisane zdarzenie przetoczenia obcogrupowego FFP:

- pomyłkowe wyjęcie z zamrażarki Banku pojemnika z FFP grupy innej, niż na zamówieniu indywidualnym,
- brak oceny zgodności grupy krwi odnotowanej na zamówieniu indywidualnym dla FFP z grupą krwi na etykiecie głównej pojemnika z FFP,
- w Książce Przychodu i Rozchodu, danych odnośnie rozchodu FFP nie odnotowano na bieżąco, jak wymagają tego przepisy.

W dokumentacji krwiolecznictwa nie należy już stosować określenia próba krzyżowa, lecz próba zgodności.

W dniu 04.05.2012 r. Kierownik Banku przesłała do RCKiK w Szczecinie:

- zgłoszenie powikłania poprzetoczeniowego wypełnione przez lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie obcogrupowego FFP,
- resztki poprzetoczeniowe FFP,
- próbki krwi pacjentki pobrane po przetoczeniu FFP w tym na antykoagulant,

- próbkę krwi pobraną przed przetoczeniem.

Kopia w/w zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego dostępna była w dniu kontroli w Banku Krwi.

Poprzednia kontrola została przeprowadzona przez lek. Zdzisławę Malinowską- Szutowicz i lek. Mirosławę Niebieszczańską w dniu 11.05.2011 r.

Nie wszystkie zalecenia pokontrolne zostały zrealizowane.
Nie zostały zrealizowane zalecenia:

1. 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.

2. Numerację Lp. w Księżce Transfuzyjnej należy rozpoczynać od numeru 1 z początkiem każdego nowego roku kalendarzowego i kończyć ją wraz z zakończeniem roku.

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:

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

W kontroli oddziału uczestniczyły:

- lek odpowiedzialna za gospodarkę krwią w szpitalu,
- pielęgniarka oddziałowa p.

W oddziale zatrudnionych jest 35 pielęgniarek, spośród których 16 pań posiada aktualne zaświadczenia o odbyciu szkolenia w zakresie krwiolecznictwa w RCKiK.

W oddziale dostępna jest do wglądu lista z nazwiskami pielęgniarek posiadających aktualne uprawnienia do wykonywania transfuzji.

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

Zapisy w KT nanoszą pielęgniarki; lekarze wypełniają rubrykę z oceną przebiegu przetoczenia oraz rubrykę z miejscem na podpis i pieczętkę lekarską. Ponadto lekarze powinni nadzorować prawidłowość zapisów naniesionych przez pielęgniarkę dotyczących nadzorowanej transfuzji.

W roku 2011 w oddziale przetoczono:

- 1172 j. KKCz,
- 808,5 j. FFP,
- 420 j. KKP,
- 142 j. Krioprecypitatu.

Składniki krwi odbierane są z Banku sukcesywnie. Z zapisów w KT wynika, iż składniki

krwi nie są przechowywane w oddziale, to znaczy po dostarczeniu ich z Banku na oddział, w krótkim czasie rozpoczyna się ich przetaczanie.

Zgodnie z zaleceniem z roku ubiegłego, sposób prowadzenia KT jest staranniejszy; wszystkie rubryki w KT są obecnie uzupełniane.

Natomiast pomimo zalecenia, sposób prowadzenia numeracji w KT (rubryka z liczbą porządkową) nie został zmieniony.

Numerację należy rozpoczynać od numeru 1 z początkiem każdego nowego roku kalendarzowego i kończyć wraz z zakończeniem roku.

W KT nie należy nanosić zapisów czerwonym długopisem.

Kontrolowano w zakresie krwiolecznictwa historię choroby pacjenta o numerze 12782/168, któremu w oddziale w dniu 26.05.2012 r. przetoczono 3 j. FFP i 2 j. KKCz.

Zgodnie z zaleceniem, w oddziale stosowany jest obecnie wzór pieczętki z rubrykami do uzupełnienia danych odnośnie transfuzji składników krwi, w celu sporządzania obserwacji lekarskich w historii choroby w dniu, w którym przeprowadzono przetoczenie danemu pacjentowi.

Obserwacje w/w pacjenta w zakresie udokumentowania leczenia krwią sporządzono zgodnie z zaleceniem. Wynik grupy krwi pacjenta był dostępny w historii choroby. Wynik próby zgodności dla KKCz został podpisany przez lekarza.

Natomiast zastrzeżenia budzi zapis w Karcie Informacyjnej, w której odnotowano jedynie: "Wyrównano niedobory składników morfotycznych krwi".

W Karcie Informacyjnej należy odnotowywać dane odnośnie przetoczenia zgodnie z zaleceniami.

Resztki poprzetoczeniowe przechowywane są w oddziale, w gabinecie zabiegowym, w lodówce przeznaczonej wyłącznie do tego celu. Prowadzony jest nadzór nad temperaturą lodówki co 8 godzin 3 razy na dobę.

W dniu kontroli w lodówce znajdowało się kilka pojemników z resztkami.

Stwierdzono zbyt małą ilość resztek pozostawionych wewnątrz pojemników.

W rozmowie z pielęgniarką oddziałową podkreślono konieczność prawidłowego zabezpieczania resztek oraz pozostawiania odpowiedniej ilości resztek wewnątrz pojemnika ze składnikiem krwi po zakończeniu transfuzji, niezbędnej do wykonania badań bakteriologicznych w przypadku wystąpienia powikłania poprzetoczeniowego u pacjenta.

Dotyczy postępowania wyjaśniającego okoliczności przetoczenia obcogrupowego FFP w oddziale szpitalnym:

W dniu 03.05.2012 r. w Oddziale Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z pododdziałem Ostrego Zatrucia pacjentce z grupą krwi A RhD + (PLUS) przetoczono 300 ml FFP grupy 0 o numerze donacji.

W oddziale kontrolowałam zapisy w KT dla FFP.

W szeregu z Lp.178 dotyczącym FFP o numerze donacji Z5280 10332889 wypełniono wszystkie rubryki, odnotowano m. in.:

- grupa krwi dawcy 0,
- grupa krwi biorcy A RhD + (PLUS),
- godzinę dostarczenia FFP na oddział: 18.00,
- godzinę rozpoczęcia i zakończenia transfuzji 18.05 -18.25,

- w rubryce z oceną przebiegu przetoczenia: „Doszło do omyłkowego przetoczenia FFP niezgodnego grupowo, bez powikłań ubocznych”.

W rubryce KT z nazwiskiem osoby wykonującej przetoczenie widnieje nazwisko pielęgniarki, p. _____, która posiada aktualne uprawnienia do wykonywania przetoczeń.

W Książce Raportów pielęgniarstwa po dyżurze z dnia 03.05.2012 r. pielęgniarka p. _____ w wyjaśnieniu odnotowała:

„O godzinie 18.00 przyjęto osocze z Banku dla pacjentki _____ . Po sprawdzeniu przez lekarza dyżurnego chorej przetoczono. O godzinie 18.50 otrzymano telefon z Banku z informacją o omyłkowym wydaniu osocza niezgodnego grupowo. Lekarz dyżurny powiadomiony. Wypełniono protokół niezgodności grupowej. Pobrano krew, resztki poprzetoczeniowe wraz z próbkami krwi przekazano do Banku Krwi. U pacjentki nie zaobserwowano w ciągu dyżuru powikłań i objawów poprzetoczeniowych. Pacjentka otrzymała odpowiednie leki”.

Stwierdzam, iż w/w wyjaśnienie pielęgniarki jest zbyt lakoniczne; pielęgniarka nie opisała popełnionych ze swojej strony błędów, czyli m.in. nieskontrolowaniu zgodności grup krwi pacjentki i składnika krwi.

Kontrolowałam zapisy w historii choroby w/w pacjentki (numer historii 10134/126):

W obserwacjach lekarskich z dnia 03.05.2012 r. naniesiono dwie pieczątki z rubrykami do uzupełnienia danych odnośnie przetoczenia; dla 3 j. KKCz i dla 1,5 j. FFP. Rubryki pieczątki uzupełniono numerami donacji wszystkich przetoczonych jednostek.

Brak podpisu i pieczątki imiennej lekarza nadzorującego przetoczenie pod każdą z w/w pieczątek.

W obserwacjach, w sporządzonym poniżej pisemnym wyjaśnieniu zaistniałego zdarzenia, lekarz _____, odpowiedzialny za transfuzję odnotował iż:

O godzinie 18.05 dokonał sprawdzenia grupy krwi.

O godzinie 18.40 pracownik Banku poinformowała oddział o wydaniu FFP innej grupy niż zamawiano.

Zastosowano leczenie: 100 mg Hydrokortyzon, 2 mg Clemastin. HR, RR pacjentki bez zmian hemodynamicznych.

Brak w historii choroby adnotacji o zgłoszeniu do RCKiK zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego.

Wynik grupy krwi pacjentki dostępny był w dokumentacji.

Wynik próby zgodności z dnia 03.05.2012 r. dla 3 j. KKCz został podpisany przez lekarza nadzorującego transfuzję.

W Karcie Informacyjnej pacjentki w zakresie leczenia składnikami krwi odnotowano:

„Przetoczono 27 j. KKCz izogrupowych bez powikłań, 16,5 j. FFP izogrupowych i niezogrupowych bez powikłań, 6 j. krioprecypitatu bez powikłań”.

Jak wynika z zapisu w Karcie, pacjentka była hospitalizowana od dnia 22.04.2012 r.; w dniu 16.05.2012 r. nastąpił zgon z powodu NZK w mechanizmie asystolii.

Stwierdzone nieprawidłowości:


- po odbiór FFP z Banku została skierowana sanitariuszka, która nie sprawdziła zgodności grupy krwi na zamówieniu z grupą krwi na etykiecie głównej pojemnika z FFP,
- pielęgniarka przed rozpoczęciem transfuzji, nie dokonała kontroli zgodności grupy krwi pacjentki z grupą krwi na etykiecie głównej pojemnika z FFP,
- zapis w KT odnośnie m.in. grup krwi biorcy i dawcy nie został naniesiony przed

rozpoczęciem transfuzji,
- lekarz odpowiedzialny za transfuzję nie dokonał oceny zgodności grupy krwi FFP z grupą krwi pacjentki.

Do RCKiK w Szczecinie przesłano w dniu 04.05.2012 r. protokół zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego wraz z resztkami poprzetoczeniowymi oraz próbkami krwi pacjentki. W RCKiK stwierdzono, iż ilość resztek poprzetoczeniowych wewnątrz pojemników była znikoma, nie wystarczyła do wykonania badań bakteriologicznych.

Stwierdzam, iż:

1. *Personel Pracowni Serologii Transfuzjologicznej powinien wzmoczyć dyscyplinę pracy, aby nie popełniać błędów podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem Banku Krwi.*
2. *W Banku Krwi ilość zniszczeń FFP z powodu stwierdzonego uszkodzenia pojemnika jest nadal, podobnie jak w roku ubiegłym, stosunkowo duża.*
3. *Organizacja krwiolecznictwa, w tym postępowanie w przygotowaniu i rozpoczęciu toczenia, w oddziale Oddział Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z pododdziałem Ostreżych Zatruc, wymaga pilnego dostosowania do przepisów i zaleceń.*
4. *Przygotowanie krwi do transfuzji nie zawsze odbywa się zgodnie z obowiązującą procedurą zawartą w Rozporządzeniu. Przy łóżku chorego, w czynnościach przed rozpoczęciem przetoczenia muszą uczestniczyć lekarz i pielęgniarka, którzy bezwzględnie powinni dokonać kontroli zgodności biorcy ze składnikiem krwi.*

20.07.2012.
SPECJALISTA DS. NADZORU
I KONTROLI

Mirosław Niebieszczański
Lekarz transfuzjolog

Zalecenia pokontrolne:

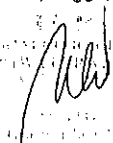
1. *Lekarz i pielęgniarka z Oddziału Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii z pododdziałem Ostreżych Zatruc, nadzorujący przebieg transfuzji podczas której przetoczono pacjentce obcogrupowe FFP, powinni odbyć szkolenie w RCKiK w Szczecinie.*
2. *Pracownik Banku Krwi, która wydała na oddział FFP niezgodne grupowo z FFP zamawianym powinna odbyć szkolenie w RCKiK w Szczecinie.*
3. *Bezpośrednio przed rozpoczęciem przetoczenia lekarz i pielęgniarka, bezwzględnie powinni dokonać kontroli zgodności biorcy ze składnikiem krwi. Za transfuzję i prawidłowe prowadzenie dokumentacji krwiolecznictwa odpowiedzialny jest lekarz. Pielęgniarka, po przebyciu odpowiedniego przeszkolenia w RCKiK, może dokonać przetoczenia krwi jedynie pod nadzorem*

- lekarza. Lekarz powinien być obecny przy łóżku chorego podczas rozpoczynania toczenia każdej z jednostek składnika krwi.
4. W Karcie Informacyjnej należy zawsze odnotować przetoczenie składnika krwi, zarówno KKCz, jak i FFP. Należy podać ilość jednostek, rodzaj i grupę krwi przetoczonego składnika krwi, numery donacji przetoczonych jednostek.
 5. W Karcie Informacyjnej pacjenta należy zawsze odnotować fakt przetoczenia obcogrupowego składnika krwi.
 6. Książkę Transfuzyjną oddziału należy prowadzić na bieżąco, sukcesywnie, zgodnie z kolejnością wykonywanych czynności związanych z przetoczeniem.
 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. 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 pieczętkę lekarską.
 9. Objętość resztek poprzetoczeniowych pozostawianych wewnątrz pojemników (nie tylko w drenach) powinna wynosić 10-15 ml KKCz lub FFP.
 10. Zamówienia indywidualne na składniki krwi lekarze z oddziałów powinni wypełniać szczegółowo, zawsze odnotowując m.in. wskazanie uzasadniające przetoczenie danego składnika krwi.
 11. Zgodnie z Rozporządzeniem § 3.2, za wydawanie wypełnionego i podpisanego przez lekarza zamówienia na krew odpowiedzialna jest pielęgniarka (położna).
 12. Należy stosować aktualne nazewnictwo składników krwi (tj. FFP nie zaś „osocze”). Zamiast określenia próba krzyżowa stosować zwrot próba zgodności.
 13. Zgodnie z Rozporządzeniem § 3.2, za wydawanie wypełnionego i podpisanego przez lekarza zamówienia na krew odpowiedzialna jest pielęgniarka (położna).
 14. Należy utrzymywać ścisły nadzór nad delikatnym, starannym obchodzeniem się z b. kruchymi pojemnikami z FFP w stanie zamrożenia co może przyczynić się do ograniczenia ilości zniszczeń z powodu uszkodzenia pojemników.
 15. W Banku Krwi, w Książkach przychodu i rozchodu dyżurujący personel Pracowni Serologii powinien zawsze na bieżąco odnotowywać wydanie składnika krwi na oddział.
 16. W Książkach Przychodu i Rozchodu dla KKCz i dla FFP oprócz adnotacji „przeterminowany” lub „uszkodzenie pojemnika”, należy dopisywać numer zniszczenia korelujący z zapisem w w/w Książce Zniszczeń.

17. Z treścią protokołu należy zapoznać personel pozostałych oddziałów, które nie były kontrolowane. Stosowne zalecenia pokontrolne, należy wdrożyć również we wszystkich pozostałych oddziałach szpitala.

18. Należy regularnie prowadzić szkolenia wewnętrzne dla personelu w zakresie prawidłowego stosowania zasad krwiolecznictwa. Podczas szkoleń szczególną uwagę należy zwrócić na problem kontroli zgodności pacjenta ze składnikiem krwi jakim jest FFP.

23.07.2012.


DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY
DOKUMENTY