

**Protokół**  
**z kontroli przeprowadzonej dnia 14.02.2014 r.**  
**w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2**  
**PUM w Szczecinie**

*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 11 grudnia 2012 r.**  
**w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą**  
**w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,**  
**w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami**  
**(Dz. U. z 2013 r. poz. 5.)**  
**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 06.03.2013 r. do 14.02.2014 r. w Klinice:
- Urologii i Onkologii Urologicznej
oraz działalności szpitalnego Banku Krwi.
Dyrektorem Szpitala jest lek. Barbara Turkiewicz. Zastępcą Dyrektora do spraw lecznictwa jest dr n .med. Maciej Romanowski. Zastępcą Dyrektora do spraw lecznictwa jest dr n .med. Maciej Żukowski. Pielęgniarką naczelną jest mgr
Lekarzem odpowiedzialnym za gospodarkę krwią w szpitalu jest lek.
Kierownikiem Banku Krwi jest mgr inż. , diagnosta laboratoryjny.
Kontrolowane oddziały szpitalne i Bank Krwi
1. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej - Lekarzem prowadzącym jest dr hab. n. med. - Pielęgniarką oddziałową jest mgr piel. , - Pielęgniarką oddziałową Bloku Operacyjnego jest mgr piel. ,



2. Bank Krwi: umiejscowienie, personel, wyposażenie, skąd pobiera składniki krwi, dokumentacja itp.

W kontroli Banku uczestniczyły i udzielały informacji:

- mgr , będąca Kierownikiem Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,

-lek. , odpowiedzialna za gospodarkę krwią w szpitalu.

Bank Krwi zlokalizowany jest obok Pracowni Serologii na terenie Laboratorium Centralnego na pierwszym piętrze w budynku szpitalnym K.

Obsługą Banku zajmuje się personel Pracowni Serologii Transfuzjologicznej.

Spośród 14 osób uprawnionych do prowadzenia Banku tj. 8 diagnostów laboratoryjnych i 6 techników analityki, cały personel odbył odpowiednie szkolenie w RCKiK w Szczecinie.

Aktualna lista z nazwiskami w/w osób uprawnionych do obsługi Banku sporządzona w dniu 07.01.2014 roku, była dostępna w dniu kontroli do wglądu.

Kontrolowano dokumentację w zakresie szkoleń wewnętrznych przeprowadzonych dla pracowników Banku Krwi.

Mgr w maju 2013 roku przeprowadziła szkolenie wewnętrzne, podczas którego omówiono zalecenia pokontrolne wydane w marcu 2013 roku oraz zasady prawidłowego gospodarowania krwią.

Kierownik Banku szkolenie w RCKiK w Szczecinie odbyła w roku 2010.

Organizacja Banku od kilku lat nie zmienia się, jest prawidłowa.

Bank Krwi w dni robocze w godzinach od 7.30 do 15.00 prowadzą 2 osoby, tj. Kierownik Banku, zajmujący się stałą obsługą Banku oraz mgr ..

W dni robocze w godzinach od 7.30 do 19.30 obsługą wyłącznie Banku zajmuje się dwóch pracowników, w pozostałych godzinach dni roboczych oraz w dni świąteczne, dwie osoby dyżurujące obsługują zarówno Bank Krwi, jak i Pracownię Serologii.

Zamawianiem składników krwi dla oddziałów szpitala zajmuje się personel Banku Krwi.

Zamówione składniki krwi odbierają z Banku i przenoszą na oddział szpitala najczęściej nie pielęgniarki lecz sanitariusze lub personel pomocniczy. W/w osoby na odwrocie zamówienia indywidualnego na dany składnik krwi pozostawianego w Banku, składają swój czytelny podpis, potwierdzający odbiór z Banku rozchodowanego składnika krwi, obok daty i godziny odbioru.

W rozmowie telefonicznej, która odbyła się w dniu 15.02.2014 roku, pielęgniarka naczelną mgr poinformowała, iż dla każdego oddziału, w którym stosuje się krwiolecznictwo, sporządzono listę z nazwiskami osób upoważnionych do odbioru składników krwi z Banku, w sytuacjach, gdy pielęgniarki/ położne nie mogą odebrać pojemników z krwią osobiście.

Listy zostały dostarczone personelowi Banku Krwi. W/w osoby upoważnione zostały przeszkolone w zakresie zasad dotyczących transportu składników krwi.

W rozmowie z pielęgniarką naczelną zwrócono uwagę, iż zgodnie z przepisami



Rozporządzenia, za złożenie zamówienia na składnik krwi w Banku odpowiada pielęgniarka, położna oraz lekarz.

W związku z powyższym, jedynie w wyjątkowych sytuacjach, składniki krwi z Banku mogą odbierać sanitariusze lub osoby upoważnione, jednakże pielęgniarka z oddziału uprzednio, telefonicznie powinna poinformować pracownika Banku w w/w sytuacji, iż nie może osobiście dokonać odbioru krwi z Banku.

Składniki krwi sprowadzane są do Banku zarówno na zamówienia indywidualne dla poszczególnych pacjentów, jak i na zamówienia zbiorcze z RCKiK w Szczecinie. Sporadycznie składniki krwi zamawiane są również w Wojskowym CKiK w Szczecinie.

W Banku prowadzona jest stała rezerwa składników krwi.

Stan Banku odnośnie KKCzBKLP ( KKCz bez kożuszka leukocytarno - płytkowego) w dniu kontroli wynosił:

- 27 j. grupy 0 RhD+ (plus),
- 31 j. grupy A RhD+ (plus),
- 18 j. grupy B RhD+ (plus),
- 7 j. grupy AB RhD+ (plus),
  
- 6 j. grupy 0 RhD- (minus),
- 3 j. grupy A RhD- (minus),
- 1 j. grupy B RhD- (minus),
- 4 j. grupy AB RhD- (minus).

Stan Banku dla FFP wynosił:

- 18 j. grupy 0,
- 31 j. grupy A,
- 20 j. grupy B ,
- 15 j. grupy AB.

Stan Banku dla Krioprecypitatu wynosił:

- 4 j. grupy 0,
- 6 j. grupy A.

Wyposażenie Banku nie zmieniło się stanowią je:

- witryna chłodnicza nr 1 do przechowywania KKCz z wynikami próby zgodności,
- witryna chłodnicza nr 2 do przechowywania KKCz bez wyników próby zgodności,
- 2 zamrażarki do przechowywania FFP, nr 3 i nr 4,
- 2 urządzenia Plasmatherm do suchego rozmrażania FFP (typu Barkey firmy Hemosystems).
- Sahara III do suchego rozmrażania FFP,
- 2 łaźnie wodne typu Elpin, które są sprawne lecz nie są użytkowane.

Urządzenia chłodnicze są ponumerowane, oznakowane i opisane zakresem temperatur przechowywania poszczególnych składników krwi.



Pojemniki z KKCz w witrynach chłodniczych są posegregowane według grup krwi AB0 i Rh; każdy pojemnik umieszczony jest w pozycji pionowej w celu zapewnienia cyrkulacji powietrza pomiędzy pojemnikami.

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

Kontrolowano temperatury w urządzeniach chłodniczych.

Temperatury mieściły się w dopuszczalnych zakresach temperatur przechowywania danych składników krwi. Temperaturę kontroluje się i dokumentuje w odpowiednich protokołach kontroli temperatur 3 razy na dobę co 8 godzin.

Bank Krwi jest skomputeryzowany.

Dokumentacja przychodu i rozchodu składników krwi w Banku prowadzona jest równoległe w postaci Książki Przychodu i Rozchodu składników krwi oraz w systemie komputerowym przy użyciu programu Infomedica „Bank Krwi”

Bank prowadzi 4 Książki Przychodu i Rozchodu:

- dla KKCz,
- dla KKP, FFP i krioprecypitatu,
- dla czynników krzepnięcia,
- dla Immunoglobuliny Gamma anty- D.

Kontrolowano zapisy w w/w Książkach; z zapisów w dokumentacji wynika, iż składniki krwi wydawane są z Banku do oddziałów sukcesywnie, po jednej jednostce, zgodnie z przepisami.

Zalecono, aby w sytuacji, w której lekarz zdecyduje o ewentualnym odebraniu z Banku jednocześnie kilku jednostek składnika krwi dla jednego pacjenta, poinformować lekarza o konieczności odnotowania swojej decyzji na druku zamówienia indywidualnego, natomiast personel Banku powinien odnotować ten fakt w Książce Przychodu i Rozchodu.

Jak mnie poinformowano, zapisy w w/w Książkach nanoszone są przez personel Banku zgodnie z zaleceniem, na bieżąco.

Zgodnie z zaleceniem, dostosowano wzór Książki Przychodu i Rozchodu do aktualnego, opisanego w Rozporządzeniu, dodając rubrykę z datą ważności składnika krwi.

Dokumentacja prowadzona jest przejrzysto i starannie, zapisy są czytelne.

Zamówienia zbiorcze na składniki krwi, które sporządzane są w dni robocze, podpisuje p. Kierownik Banku, na podstawie upoważnienia wydanego przez Dyrektora Szpitala oraz głównego księgowego.

W Banku Krwi kontrolowano zamówienia indywidualne na składniki krwi. Sposób wypełniania zamówień przez lekarzy z oddziałów szpitala stosujących krwiolecznictwo generalnie jest prawidłowy; rubryki ze wskazaniem do przetoczenia i rozpoznaniem choroby pacjenta są wypełniane.

W wielu zamówieniach na KKCz składanych do Banku na tzw. rezerwę, w rubryce ze wskazaniem do przetoczenia widnieje adnotacja „do zabiegu operacyjnego”, co nie jest wystarczającym uzasadnieniem do przetoczenia składnika krwi.



Jak mnie poinformowano, w przypadku planowanych zabiegów, regułą jest zamawianie kilku jednostek KKCz w Banku na tzw. rezerwę. W chwili składania w/w zamówienia nie ma jeszcze określonych wartości morfotycznych pacjenta uzasadniających przetoczenie krwi.

W związku z powyższym, po odbiór zarezerwowanego wcześniej składnika krwi z Banku należy zgłaszać się z kolejnym, wypełnionym przez lekarza zamówieniem, z odnotowanym w odpowiedniej rubryce wskazaniem do przetoczenia; należy je dołączyć do pierwotnego zamówienia na tzw. rezerwę.

Kontrolowano sposób wypełniania protokołów kontroli temperatur transportu składników krwi, które Bank Krwi otrzymuje wraz z kwitami rozchodu składników krwi.

Stwierdzono, iż wszystkie wybiórczo kontrolowane protokoły uzupełniono w sposób prawidłowy.

Kontrolowano protokoły walidacji urządzeń chłodniczych.

Daty walidacji wybranych losowo, kontrolowanych urządzeń:

- 30.07 - 03.08.2013 r. dla zamrażarki numer 3,
- 18-22.11.2013 r. dla witryny chłodniczej numer 1,
- 05.12.2013 r. dla Sahary III.

Bank do walidacji dysponuje 4 termometrami wzorcowymi.

Kontrolowano paszporty techniczne urządzeń chłodniczych; serwisant w dniu 26.09.2013 r. przeprowadził przeglądy techniczne w/w urządzeń, potwierdzające ich sprawność i dopuszczające do użytkowania, dokumentując przegląd zapisem w paszporcie.

Kontrolowano protokoły walidacji warunków transportu składników krwi; zalecono, aby uszczegółwić opis protokołu o trasę, na której przeprowadzana jest walidacja.

Data walidacji wybranych losowo pojemników transportowych:

- o numerze 2 do przewozu KKCz,
- o numerze 4 do przewozu FFP,
- o numerze 1 do przewozu KKP to 10 -11.10.2013 roku.

W roku 2013 na oddziały szpitalne z Banku rozchodowano:

- 7259,3 j. KKCz (w porównaniu do 7813,7 j. KKCz rozchodowanych w roku 2012)
- 4271 j. FFP (4703,6 j. FFP w roku 2012)
- 2412 j. KKP (2340,6 j. KKP w roku 2012)
- 476 j. Krioprecypitatu (480 j. Krioprecypitatu w roku 2012)

Zestawienie powyższe, porównane również do zestawienia z roku 2011 wskazuje na stały spadek zużycia przez oddziały KKCz w krwiolecznictwie; zużycie pozostałych składników krwi w ciągu ostatniego roku również nieznacznie zmalało.

Najwięcej KKCz w roku 2013 przetoczono w Klinikach

(w nawiasie odnotowano dla porównania ilość jednostek rozchodowanych w roku 2012):

- Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych 1485,4 j. (1377,4 j.)
- Kardiochirurgii 1435,4 j. (1414 j.)



- Oddziale Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii 830 j. (1247,4 j.).

Największe zużycie FFP w roku 2012 odnotowano w Klinikach (w nawiasie odnotowano dla porównania ilość jednostek rozchodowanych w roku 2012):

- Kardiochirurgii 1001,5 j. (1196 j.)
- Oddziale Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii 611,5 j. (846,9 j.)
- Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych 605,5 j.
- Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii 583,1 j.

Największe ilości KKP przetaczane są w Klinikach

(w nawiasie odnotowano dla porównania ilość jednostek rozchodowanych w roku 2012):

- Kardiochirurgii 1564 j. (1132 j.)
- Oddziale Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii 416 j. (1247,4 j.)
- Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt 104 j. (164j.)

Kontrolowano ewidencję zniszczeń składników krwi. W roku 2013 zniszczono:

(w nawiasie odnotowano dla porównania ilość jednostek zniszczonych w roku 2012):

- 26,7 j. KKCz z powodu przeterminowania (35 j.),
- 47,5 j. FFP głównie z powodu uszkodzenia pojemnika, rzadziej z powodu zgonu pacjenta lub utraty ważności (41 j.)

Stwierdzono, iż ilość zniszczeń KKCz zmniejszyła się w porównaniu do roku 2012, natomiast nadal Bank odnotowuje znaczne zniszczenia FFP.

Należy intensywnie nadzorować racjonalne gospodarowanie krwią oraz sposób postępowania z kruchymi pojemnikami z FFP w stanie zamrożenia.

Resztek poprzetoczeniowych nie przechowuje się w Banku Krwi.

W Banku prowadzona jest ewidencja powikłań poprzetoczeniowych zgłaszanych w oddziałach szpitala.

W roku 2013 do RCKiK w Szczecinie przesłano 10 protokołów zgłoszeń powikłań poprzetoczeniowych, które odnotowano w Klinikach:

- Kardiochirurgii (2),
- Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii (2),
- Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych (1),
- Oddziale Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii (1),
- Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt (1),
- Urologii i Onkologii Urologicznej (1),
- Patologii Noworodka (1),
- Położnictwa i Ginekologii (1).

W rozmowie z paniami uczestniczącymi w kontroli, omówiono konieczność dostosowania do specyfiki Szpitala przesłanych procedur przykładowych SOP z zakresu krwiolecznictwa, przeznaczonych dla lekarzy i pielęgniarek z oddziałów.







Jak poinformowała mnie lek. \_\_\_\_\_, nowy wzór KT wprowadzono we wszystkich oddziałach szpitala jednocześnie, z końcem ubiegłego roku.

Zapisy w KT nanoszone są przez pielęgniarki w sposób staranny, przejrzysty, szczegółowo wypełniane są rubryki z godziną dostarczenia składnika krwi do oddziału, rozpoczęcia i zakończenia transfuzji. Lekarzom pozostawiane są do uzupełnienia dwie ostatnie rubryki, w których odnotowuje się ocenę przebiegu przetoczenia oraz nanosi podpis z imienną pieczęcią lekarza. Do obowiązków lekarza należy również sprawdzenie zapisów naniesionych w KT przez pielęgniarkę.

Kontrolując zapisy w KT stwierdzono, iż odnotowując transfuzje FFP, w rubryce z grupą krwi pacjenta nie zawsze odnotowuje się grupę krwi w układzie Rh, jedynie w układzie AB0. Zwrócono uwagę, aby rubryki w KT wypełniać w pełni zgodnie z ich tytułami.

W rozmowie z pielęgniarką oddziałową, zwrócono uwagę na to, aby okresowo kontrolować zapisy nanoszone przez pielęgniarki, wyjaśniać ewentualne zapisy budzące zastrzeżenia lub egzekwować uzupełnienie braków w zapisach.

Z zapisów w KT wynika, iż zużycie składników krwi w oddziale jest duże.

Z zestawienia opracowanego przez szpitalny Bank Krwi, wynika, iż w roku 2013 przetoczono:

(brak szczegółowego określenia rodzaju składników krwi)

- 720 j. KKCz,
- 457,8 j. FFP,
- 10 j. KKP,
- 6 j. krioprecypitatu.

Zalecono, aby w dokumentacji krwiolecznictwa, tj. zarówno w KT, jak i w historii choroby pacjenta leczonego krwią, odnotowywać dokładną nazwę składnika krwi; np. jeżeli przetoczono pacjentowi KKCz bez kożuszka leukocytarno - płytkowego (obecnie taki rodzaj KKCz przetaczany jest pacjentom najczęściej) to nie powinno się odnotowywać przetoczenia KKCz lecz KKCzbklp (lub UKKCz, jeśli przetoczono ubogoleukocytarny KKCz).

Przypomniano, iż zgodnie z przepisami Rozporządzenia składniki krwi powinny być odbierane z Banku Krwi sukcesywnie, po jednej jednostce składnika krwi dla danego pacjenta, jak również planowe transfuzje powinny być przeprowadzane w godzinach pełnej obsady lekarzy i pielęgniarek oddziału.

W roku 2013 w oddziale notowano 1 powikłania poprzetoczeniowe, które zgłoszono do RCKiK w Szczecinie.

Kontrolowano w zakresie udokumentowania leczenia krwią, historię choroby o numerze 28897/ 3983 pacjenta, u którego odnotowano objawy powikłania poprzetoczeniowego podczas transfuzji.

Do RCKiK w Szczecinie przesłano zgłoszenie powikłania poprzetoczeniowego odnotowanego podczas transfuzji KKCz w dniu 26.11.2013 r.



Z zapisów w KT wynika, iż pacjentowi w trakcie hospitalizacji przetoczono w sumie:

- 3 j. FFP w oddziale oraz 2 j. KKCz na Bloku Operacyjnym w dniu 22.11.2013 r.
- 1 j. KKCz, 2 j. FFP. w dniu 26.11.2013 r.

Stwierdzono, iż w KT:

- w szeregu z zapisem z dnia 26.11.2013 r. dotyczącym przetoczenia w/w 1j. KKCz, w odpowiedniej rubryce lekarz naniósł wymaganą adnotację: "Przetoczenie przerwano, podejrzenie wstrząsu anafilaktycznego".
- w rubryce z objętością przetoczoną krwi zapis jest nieprecyzyjny, bowiem odnotowano 287 ml, czyli zawartość pojemnika, choć faktycznie przetoczenie przerwano po kilku minutach.

W obserwacjach lekarskich historii choroby z dnia 26.11. 2013 r. naniesiono dwie adnotacje:  
„Podjęto decyzję o transfuzji 3 j. KKCz i 2 j. FFP.”

„W trakcie transfuzji KKCz pacjent zgłosił duszność, transfuzję przerwano”.

Brak odnotowania numeru donacji KKCz, ilości przetoczonego KKCz oraz informacji o wypełnieniu przez lekarza protokołu zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego, przesłania go do RCKiK w Szczecinie wraz z próbkami krwi pacjenta i resztkami poprzetoczeniowymi.

W obserwacjach lekarskich z dnia 22.11. 2013 r. odnotowano przetoczenie 3 j. FFP grupy A, brak numerów donacji poszczególnych jednostek,

brak adnotacji o przetoczeniu pacjentowi 2 j. KKCz w tym dniu na Bloku Operacyjnym.

Jak mnie poinformowano, w oddziale dostępny jest wzór pieczętki z rubrykami do uzupełnienia danych odnośnie transfuzji składników krwi, którą można zastosować do sporządzania obserwacji lekarskich w historii choroby w dniu, w którym przeprowadzono przetoczenie krwi. Pieczętka nie jest jednak powszechnie stosowana w oddziale.

- Wynik grupy krwi pacjenta został dopięty do karty tytułowej historii,
- Wyniki próby zgodności zostały podpisane przez lekarza i pielęgniarkę dla każdej przetoczonej jednostki KKCz,
- Protokół badań serologicznych i bakteriologicznych nr 44, który przesłano z RCKiK w Szczecinie został dołączony do historii choroby,
- W Karcie Informacyjnej w części dotyczącej zastosowanego leczenia odnotowano trzy numery donacji bez podania rodzaju składnika krwi z adnotacją „reakcja poprzetoczeniowa” oraz 5 j. FFP z numerami donacji.

W rozmowie z lekarzami z oddziału, przedstawiono wynik kontroli dokumentacji w zakresie krwiolecznictwa, poinformowano o konieczności prowadzenia obserwacji lekarskich w sposób w pełni zgodny z zaleceniami pokontrolnymi.

Podczas kontroli rozmawiałam z jedną z pielęgniarek na temat stosowania zasad krwiolecznictwa w praktyce oddziału oraz na temat sposobu prowadzenia Książek Transfuzyjnych.



Poinformowano mnie, iż bezpośrednio przed rozpoczęciem przetoczenia lekarz i pielęgniarka dokonują wspólnie oceny zgodności pacjenta ze składnikiem krwi. Lekarz jest obecny przy łóżku chorego podczas rozpoczynania toczenia każdej z jednostek składnika krwi.

Resztki poprzetoczeniowe przechowywane są w oddziale, w lodówce przeznaczonej wyłącznie do tego celu. Lodówka jest opisana dopuszczalnym zakresem temperatur przechowywania. Prowadzony jest nadzór nad temperaturą lodówki co 8 godzin 3 razy na dobę. Zgodnie z przepisami prowadzono jest raz w roku walidacja urządzenia.

W dniu kontroli odbyłam telefoniczną rozmowę z pielęgniarką naczelną mgr [imię]. Omówiono m.in. realizację zaleceń pokontrolnych dotyczących personelu pielęgniarskiego i położniczego. Ponadto poinformowano o konieczności dostosowania do specyfiki szpitala przesłanych z RCKiK procedur przykładowych SOP z zakresu krwiolecznictwa, przeznaczonych dla lekarzy i pielęgniarek z oddziałów.

Stwierdzam, iż:

1. *W Szpitalu sprawnie funkcjonuje Bank Krwi. Organizacja Banku nie budzi zastrzeżeń. Nadzór nad dokumentacją i urządzeniami Banku prowadzony jest prawidłowo, zgodnie z przepisami.*
2. *W Klinice Urologii i Onkologii Urologicznej prowadzenie dokumentacji krwiolecznictwa tj. zapisów lekarskich w historii choroby pacjentów leczonych krwią wymaga pełnego dostosowania do zaleceń pokontrolnych.*

SPECJALISTA DO NADZORU  
LEKARSKI  
Miroslaw Nieborski  
lekarz transfuzjowy  
13.03.2016r

Zalecenia pokontrolne dla Banku Krwi:

1. *Należy prowadzić stały nadzór nad racjonalnym gospodarowaniem składnikami krwi; stale dążyć do ograniczenia ilości zniszczeń składników krwi.*
2. *Wydanie z Banku zarezerwowanego wcześniej składnika krwi (na podstawie złożonego pisemnego zamówienia z adnotacją np. rezerwa do zabiegu, zabieg operacyjny ) jest możliwe po dostarczeniu z oddziału kolejnego wypełnionego przez lekarza zamówienia, z odnotowanym w odpowiedniej rubryce wskazaniem do przetoczenia.*
3. *Zaleca się zmodyfikowanie i uszczegółowienie procedury SOP dla Banku m. in. w zakresie rozchodu składników krwi na oddziały szpitalne; tak, aby*



w pełni korelowała z odpowiednią procedurą dla oddziałów szpitala opracowaną na podstawie przesłanych procedur przykładowych SOP z zakresu krwiolecznictwa, przeznaczonych dla lekarzy i pielęgniarek. Zaleca się, aby w/w zmodyfikowaną procedurę dla Banku przesać wraz z procedurami dla oddziałów do Dyrektora RCKiK w Szczecinie w celu zaakceptowania.

4. W Banku należy prowadzić zapisy dokumentujące proces rozmrażania FFP i Krioprecypitatu; należy udokumentować godzinę zakończenia rozmrażania składnika krwi oraz nazwisko osoby dokonującej rozmrażania.
5. Zgodnie z Rozporządzeniem § 3.2, za wydawanie do Banku wypełnionego i podpisanego przez lekarza zamówienia indywidualnego na krew odpowiedzialna jest pielęgniarka (położna).
6. Zalecono, aby pracownicy Banku nie nanosili żadnych dodatkowych adnotacji na druku zamówienia, którego wypełnienie należy wyłącznie do obowiązków lekarza. Numery donacji wydanych składników krwi pracownik Banku może ewentualnie odnotowywać na odwrocie w/w zamówienia.

Zalecenia pokontrolne dla oddziałów szpitalnych:

1. 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.
2. Zgodnie z Rozporządzeniem § 3.2, za wydawanie wypełnionego i podpisanego przez lekarza zamówienia na krew odpowiedzialna jest pielęgniarka (położna).
3. W dokumentacji krwiolecznictwa, w tym również w Książce Transfuzyjnej należy stosować właściwe nazewnictwo składników krwi (odnotowane na etykiecie pojemnika z danym składnikiem krwi) ewentualnie właściwe skróty im przypisane np. KKCz bez koż. I-pł. lub KKCzbklp zamiast KKCz oraz np. przetoczenie ubogoleukocytarne KKP zapisać należy jako UKKP, nie zaś KKP.
4. Planowe przetoczenia składników krwi powinny odbywać się w okresie pełnej obsady lekarzy i pielęgniarek (położnych) danego oddziału (zgodnie z §12.5 Rozporządzenia).



5. W dokumentacji należy stosować poprawny zapis grupy krwi pacjenta (np. grupa A Rh D + (plus) lub grupa A Rh D + (dodatni))
6. Przypominamy, o zaleceniu dostosowania treści przestanych na płycie CD procedur przykładowych w zakresie szczegółów do specyfiki Państwa podmiotu, przygotowanie procedur oddziałowych zgodnie z szatą graficzną określoną w załączniku w/w Rozporządzenia oraz nadesłanie ich do RCKiK celem akceptacji w terminie do końca marca bieżącego roku.
7. Z treścią protokołu należy zapoznać personel pozostałych oddziałów, które nie były kontrolowane. Stosowne zalecenia pokontrolne, należy wdrożyć również we wszystkich pozostałych oddziałach szpitala.

Z-Cz. 17Y-18K-1111  
ds. medycyny  
REGULAMINOWYCH PROCEDUR  
KRWIODAWCZYCH I KREWIODAWCZYCH  
*Alome*  
lek. Paweł Głuchowski  
Szpital Specjalistyczny  
14.03.2014