

**بنام خدا**  
**ارتقاء فرآیند تزریق خون**  
**با استفاده از مدل focus-pdca**

**صاحبان فرآیند :**

- ۱- ..... بیمار .....
- ۲- ..... پرستار .....
- ۳- ..... پزشک .....
- ۴- ..... بیمار پر .....
- ۵- ..... پرسنل آزمایشگاه .....
- ۶- .....
- ۷- .....
- ۸- .....

**اعضاء تیم ارتقاء :**

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
۱	رقیه اقاچان	سوپروایزر
۲	عصمت مزارعی فرد	سرپرستار
۳	سید ابوالقاسم حسینی	پرستار
۴	نسا سالاری	پرستار
۵	سوسن زمانی	پرستار
۶	حمید معصومی کیا	پرستار
۷	مینا فلاح	پرستار
۸	زهرا بیضاوی نژاد	پرستار
۹	الهام حیدری	منشی
۱۰	سحر محتشم پور	پرستار
۱۱	مرجان اهنکوب	پرستار
۱۲	زهرا راستی	پرستار
۱۳	سعید شفیعی	پرستار
۱۴	بهناز نامجو	پرستار
۱۵	سارا فیض پور	پرستار
۱۶	سیده مریم سجادیان	پرستار
۱۷	فاطمه جوکار	پرستار
۱۸	لیلا عطایی	پرستار
۱۹	محمد علی برومندی	پرستار
۲۰	کیانوش مرادی	پرستار

## بارش افکار

درجه اولویت	جمع امتیازات	معیار های انتخاب				جدول اولویت بندی و انتخاب (راهکارها)
		تأثیر مستقیم بر فرآیند	سرعت اثر	کم هزینه بودن	قابل اجرا بودن	
۱	۱۶	۴	۴	۴	۴	آگاهی و آموزش پرسنل بانک خون در تعیین گروه خونی
۲	۱۵	۴	۳	۴	۴	آگاهی پرسنل پرستاری در تزریق خون
۳	۱۴	۴	۴	۳	۳	تعیین گروه خونی جهت تمامی بیماران
۴	۱۳	۲	۴	۳	۴	آگاهی پرسنل پذیرش در ثبت دستبند شناسایی
۵	۱۲	۲	۳	۳	۳	دفتر ثبت درخواست خون در پذیرش آزمایشگاه

## برنامه عملیاتی

ردیف	فعالیت و روش جمع آوری داده ها برای ارزیابی آن	مسئول اجرا	مهلت اجرا	محل اجرا
۱	طرح موضوع با مدیر خدمات پرستاری	سرپرستار		بیمارستان شهید رجایی
۲	<b>هماهنگی با سوپروایزر آموزشی</b>	سرپرستار		بیمارستان شهید رجایی
۳	<b>برگزاری دوره آموزشی تزریق P.C</b>	سوپروایزر آموزشی		بیمارستان شهید رجایی
۴	<b>طرح در کمیته بانک خون</b>	دبیر کمیته	شهریور ۹۷	اجرا شد
۵	<b>بررسی مشکل وارائه پیشنهادات</b>	اعضا کمیته	شهریور ۹۷	اجرا شد
۶	<b>تصویب برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت جهت پرسنل جدیدالورود بانک خون</b>	اعضا کمیته	شهریور ۹۷	اجرا شد
۷	<b>تدوین جدول گانت آموزشی</b>	سوپروایزر آموزشی	مهرماه ۹۷	اجرا شد
۸	<b>برگزاری دوره های آموزشی</b>	سوپروایزر آموزشی	تا اذر ماه ۹۷	اجرا شد
۹	<b>بررسی اثر بخشی آموزشی</b>	سوپروایزر آموزشی	اذر ماه ۹۷	اجرا شد

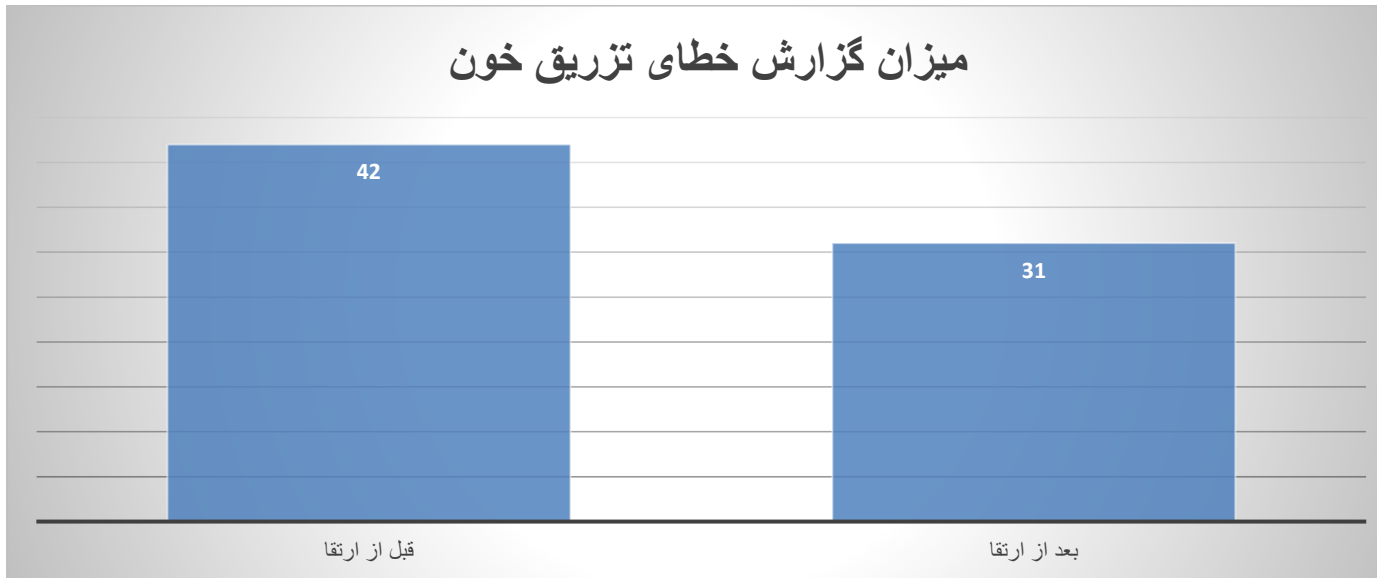
شناسنامه سنجه

کاهش	هدف / جهت مطلوب	پیامدی		بروندهی	فرایندی	وجه
پرستار	مسئول اندازه گیری	سرپرستار	مسئول سنجه	میزان خطاهای گزارش شده ناشی از تزریق خون		نام سنجه ( شاخص )
خطاهای اتفاق افتاده در تعیین گروه خونی بیمار توسط بانک خون - تزریق خون بعلت شناسایی نامناسب بیمار توسط پرستار						
درصد		واحد اندازه گیری شاخص	ماهانه	دوره اندازه گیری شاخص		
فرمول $100 * \frac{\text{مجموع تعداد گزارش خطای ناشی از تزریق خون}}{\text{کل خطاهای گزارش های شده}}$						
گردآوری منابع پرونده بیمار - سامانه گزارش خطا - HIS						
وضعیت مبنا			42%			
مدیر پرستاری	مدیریت	سطوح گزارش دهی	سه ماهه		تناوب گزارش دهی	
			ICU4		ارائه بازخورد	
			-		چالشها و موارد مخدوش کننده	
نام و امضاء مدیر واحد مدیر بیمارستان		نام و امضاء اندازه گیری سنجه پرستار - بانک خون		نام و امضاء مسئول سنجه سرپرستار		
			تاریخ بازنگری : ۹۷/۱۰/۳۰			

## سنجش

با توجه به بروز خطای تزریق خون در بیمارستان که بخش عمده علل آن به تعیین نکردن گروه خونی بیمار در بدو ورود و عمل نکردن پرسنل پرستاری و بانک خون طبق پروتکل بیمارستان بود و به دنبال راهکارهای اجرا شده در یک بازه زمانی از جمله آموزش های ویژه به پرسنل درگیر در این فرایند و همچنین نظارت پیوسته بر عملکرد آنها که می بایست طبق پورتکل ابلاغی باشد. بروز خطای ناشی از تزریق خون در مقایسه با کل خطاهای گزارش شده کاهش قابل توجهی یابد بطوریکه میزان گزارش خطای تزریق خون از ۴۲٪ به ۳۱٪ کاهش داشت. که نشان دهنده افزایش ایمنی و کیفیت بهتر خدمات پرستاری می باشد.

### میزان گزارش خطای تزریق خون



## بانک خون

## پذیرش

## پزشک

بروز خطای تزریق خون

- چک اشتباه نمونه خون بیمار و عدم دقت در خواندن لیبل بیمار  
- خطای تکنیکی بانک خون در هنگام تعیین  
- ناقص بودن فرایند انجام کار طبق پروتکل

- خرابی دستگاه دستبند شناسایی در بعضی مواقع  
- ثبت اشتباه نام یا نام خانوادگی یا نام پدر یا شماره پرونده روی دستبند  
- عدم دقت در نوع دستبند (زرد-قرمز)

- نوشتن Order صحیح  
- پرونده بیمار صحیح  
- چک هنگام تزریق p.c

- عدم چک دستبند شناسایی توسط پرستار  
- عدم ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار  
- عدم دقت در ثبت علائم حیاتی  
- عدم دقت در چک مشخصات p.c و برگه درخواست و order توسط پرستار بیمار و اینچارج و پزشک بخش

پرستار