

Protokół z kontroli przeprowadzonej w dniu 26.10.2017r. w ramach nadzoru specjalistycznego z zakresu krwiolecznictwa w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim przez lek. Joannę Karkowską – Kierownika Działu Dawców Krwi oraz mgr Marzannę Lewandowską – Z-cę Kierownika Działu Preparatyki i Ekspedycji Krwi RCKiK w Bydgoszczy

**Cel kontroli:**

Realizacja zaleceń ujętych w aktualnie obowiązujących przepisach.

**Kontrola objęto:**

- I. Szpitalny Bank Krwi i gospodarkę krwią w szpitalu.
- II. Nadzór nad krwiolecznictwem
- III. Organizację leczenia krwią w oddziałach szpitalnych.

**I. Gospodarka krwią i jej składnikami .**

Szpitalny Bank Krwi - osobą odpowiedzialną jest mgr Bubak-Wachowicz.

**W czasie kontroli sprawdzono obowiązującą dokumentację:**

1. Procedury dotyczące gospodarki krwią i jej składnikami.
2. "Książka" przychód-rozchód" dla składników krwi.
3. Protokoły walidacji procesów przechowywania; transportu składników krwi.

**Kontroli poddano kluczowe procesy :**

4. Proces przechowywania składników krwi.
5. Proces transportu składników krwi.
6. Proces przechowywania resztek poprzetoczeniowych.

**Wnioski.**

Ad.1 Wszystkie procedury opracowane prawidłowo (sprawdzono procedury nr 22,24,25,26,28,31,32).

Ad.2 Książka „przychód –rozchód” prowadzona prawidłowo.

Ad.3 Protokoły walidacji procesów przechowywania i transportu wykonane prawidłowo; sprawdzono walidacje z września-października 2017; **brak walidacji warunków transportu dla KKP.**

Ad.4 Proces przechowywania składników krwi prawidłowy, 3x na dobę jest kontrola temperatur urządzeń chłodniczych- dokumentacja z tego powstaje prawidłowa- dokument ten jest załącznikiem do odpowiedniej procedury.

Ad.5 Procesy transportu składników krwi wykonywane prawidłowo.

Ad.6 Proces przechowywania resztek poprzetoczeniowych (wydzielona lodówka) jest nadzorowany prawidłowo przez pracowników Banku Krwi; zgodnie z opisem w procedurze nr 16.

## **II. Nadzór nad krwiolecznictwem.**

W szpitalu Zarządzeniem nr 6/2015 z dnia 15.10.2015r. został powołany lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią. Funkcję tę pełni specjalista chorób wewnętrznych Waldemar Włodarski, który ostatnie szkolenie w RCKiK odbył w 2012 roku.

W szpitalu krew i jej składniki są toczone na 3 oddziałach, w związku z tym nie ma konieczności powoływania Komitetu Transfuzjologicznego.

## **III. Organizacja leczenia krwią w oddziałach szpitalnych:**

### *Elementy podlegające kontroli:.*

1. Procedury dotyczące przetaczania krwi.
2. Książki transfuzyjne oddziałów.
3. Historie choroby pacjentów aktualnie leczonych krwią.
4. Uprawnienia pielęgniarek/położnych do wykonywania zabiegów przetaczania krwi.
5. Zamówienia indywidualne na krew i jej składniki dla pacjentów.

W trakcie kontroli ocenie poddano o dokumentację pochodzącą z trzech Oddziałów: Wewnętrznego z Intensywną Opieką Kardiologiczną, Położniczo-Ginekologicznego oraz Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

### **Ad. 1 Procedury dotyczące przetaczania krwi i jej składników**

„Procedura przetaczania krwi i jej składników w oddziałach szpitalnych” obowiązuje od 23.03.2017r. Od 05.02.2016r. weszła w życie procedura opisująca zagadnienie „look-back” weryfikowana 1 x rok.

**W szpitalu nie ma opracowanej procedury dotyczącej rejestrowania zdarzeń i reakcji niepożądanych związanych z krwiolecznictwem.**

Personel biorący udział w toczeniu krwi 1x w roku popsuje procedury dotyczące krwiolecznictwa - jako forma szkolenia wewnętrznego. Prowadzenie dokumentacji nie budzi zastrzeżeń.

### **Ad. 2 Książki transfuzyjne - na wszystkich oddziałach obowiązuje aktualny wzór książki.**

#### **1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny:**

Prowadzenie książki nie budzi żadnych zastrzeżeń.

#### **2. Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej:**

Prowadzenie książki nie budzi żadnych zastrzeżeń. Zdarzały się pojedyncze korekty bez parafek.

#### **3. Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną:**

Prowadzenie książki nie budzi żadnych zastrzeżeń.

### **Ad. 3 Historie chorób pacjentów, którym przetoczono krew lub jej składniki:**

#### **a) Oddział Położniczo-Ginekologiczny:**

- 1) , nr Księgi Głównej

Wskazania do przetoczenia:

... Poziom hemoglobiny

wyjściowo 7,7 g/dl, po transfuzji wzrósł do poz. 8,6 g/dl.

W dniu .2017 otrzymała 2j.KKCz – bez powikłań.

Pomiary tętna, temperatury i ciśnienia w wymaganych przepisami odstępach czasowych zostały wykonane oraz odnotowane w „Karcie transfuzyjnej”.

Na wynikach prób zgodności podpisali się zarówno lekarz, jak i położna odpowiedzialni za przetoczenie. Prawidłowo zapisane zostały daty i godziny rozpoczęcia przetoczenia.

Położna odpowiedzialna za transfuzję posiada aktualne zaświadczenie potwierdzające odbycie wymaganego szkolenia w Centrum Krwiodawstwa.

Położna biorąca udział w transfuzji była podpisana pod procedurami dotyczącymi krwiolecznictwa, natomiast **lekarz odpowiedzialny za transfuzję nie był podpisany pod ww. procedurami.**

Wpisy dotyczące transfuzji dokonane zostały w raporcie pielęgniarskim, w książce transfuzyjnej, w historii choroby, w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego pacjentki oraz w karcie obserwacji.

b) *Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej:*

1) ] , nr Księgi Głównej

Wskazania do przetoczenia:

Poziom hemoglobiny wyjściowo

9,2 g/dl – po transfuzji wzrósł do 11,4 g/dl.

Otrzymała 2 j. KKCz w dniu .2017r. oraz 2j. KKCz w dniu ).2017r. – bez powikłań.

Pomiary tętna, temperatury i ciśnienia w wymaganych przepisami odstępach czasowych zostały wykonane oraz odnotowane w „Karcie transfuzyjnej”.

Na wynikach prób zgodności podpisali się zarówno lekarze, jak i pielęgniarki odpowiedzialni za przetoczenie. Prawidłowo zapisane zostały daty i godziny rozpoczęcia przetoczenia.

Pielęgniarki odpowiedzialne za transfuzję mają aktualne zaświadczenie potwierdzające odbycie wymaganego szkolenia w Centrum Krwiodawstwa, ważne do roku 2020.

Zarówno lekarze oraz pielęgniarki biorący udział w transfuzji byli podpisani pod procedurami dotyczącymi krwiolecznictwa.

Wpisy dotyczące transfuzji dokonane zostały w raportach pielęgniarskich, w książce transfuzyjnej oraz w obserwacjach lekarskich. Pacjentka aktualnie w trakcie hospitalizacji.

c) *Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną:*

1) nr Księgi Głównej

Wskazania do przetoczenia:

Niedokrwistość. Poziom hemoglobiny wyjściowo – 7,5 g/dl, po transfuzji wzrósł do wartości 11,1 g/dl.

W dniach .2017r. otrzymała 3j.KKCz – bez powikłań.

Pomiary tętna, temperatury i ciśnienia w wymaganych przepisami odstępach czasowych zostały wykonane oraz odnotowane w „Karcie transfuzyjnej”.

Na wynikach prób zgodności podpisali się zarówno lekarze, jak i pielęgniarki odpowiedzialni za

przetoczenie. Prawidłowo zapisane zostały daty i godziny rozpoczęcia przetoczenia.

Pielęgniarki odpowiedzialne za transfuzje mają aktualne zaświadczenie potwierdzające odbycie wymaganego szkolenia w Centrum Krwiodawstwa.

Zarówno lekarze oraz pielęgniarki biorące udział w transfuzji byli podpisani pod procedurami dotyczącymi krwiolecznictwa.

Wpisy dotyczące transfuzji dokonane zostały w raportach pielęgniarskich, w książce transfuzyjnej, w obserwacjach lekarskich oraz w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

#### **Ad.4 Uprawnienia pielęgniarek/położnych do wykonywania zabiegów przetaczania krwi:**

Listy osób posiadających aktualne zaświadczenia o odbytym szkoleniu w RCKiK znajdują się u Pielęgniarki Naczelnej oraz na poszczególnych oddziałach. Wszystkie pielęgniarki (położne) wymienione na listach posiadają aktualne zaświadczenia o odbyciu obowiązkowego szkolenia.

#### **Ad. 5 Zamówienia indywidualne na krew i jej składniki:**

Skontrolowane 119 zamówień na krew i jej składniki, które spełniały wymogi merytoryczne i formalne.

#### **ZALECENIA POKONTROLNE:**

**KRYTYCZNE:** brak

**DUŻE:**

1. Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią powinien jak najszybciej odbyć wymagane przepisami szkolenie w RCKiK.
2. W trybie pilnym należy przeszkolić lekarza z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, który nie był podpisany pod procedurami dotyczącymi krwiolecznictwa.

Szkolenie należy udokumentować.

**INNE ZNACZĄCE :**

1. W najbliższym możliwym terminie proszę wykonać walidację warunków transportu dla koncentratów krwinek płytkowych (KKP).
2. Należy opracować procedurę dotyczącą prowadzenia rejestru zdarzeń i reakcji niepożądanych dotyczących krwiolecznictwa.

U6259  
Za Kierownika  
mgr Marzanna Iwanowska  
Dyskusja laboratoryjna  
03 11 2017

Kierownik Oddziału  
Recepcyjny i Informacyjny  
03 11 2017