

Protokół z kontroli

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA
I KRWIOLECZNICTWA W BYDGOSZCZY
ul. Ks. Markwarta 4, 85-015 Bydgoszcz
tel. 52 322 18 71-4, fax 52 322 81 09
NIP 554-22-31-201, Regon 141993670

Przeprowadzonej w ramach nadzoru specjalistycznego z zakresu krwiolecznictwa
w Szpitalu Powiatowym w Aleksandrowie Kujawskim przez

lek. Joannę Karkowską – Zastępcę Kierownika Działu Dawców Krwi oraz
mgr Jack Południaka – Z-cę Kierownika Działu Preparatyki i Ekspedycji Krwi
RCKiK w Bydgoszczy w dniu 27.11.2015r.

Cel kontroli:

Realizacja zaleceń ujętych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012r. 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.

Kontrolą objęto:

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

I. Szpitalny Bank Krwi i gospodarka krwią w szpitalu:

Szpitalny Bank Krwi prowadzony w ramach laboratorium szpitalnego – osoba odpowiedzialna mgr Barbara Wachowicz .

1. Sprawdzono procedury opisujące gospodarkę krwią i jej składnikami.
Procedury zostały opracowane zgodnie z nowym RMZ z dnia 11.12.2012. i opisują szczegółowe postępowanie ze składnikami krwi oraz postępowanie w przypadku awarii sprzętu do przechowywania składników krwi.
2. Książka „przychód -rozchód” dla składników krwi-została prawidłowo opracowana i uwzględnia wszystkie wymagane wpisy (zgodnie z nowym RMZ z dnia 11.12.2012.).
3. Sprzęt chłodniczy do przechowywania składników krwi jest nadzorowany prawidłowo.
4. Podczas kontroli stwierdzono, że wszystkie walidacje sprzętu do przechowywania składników krwi oraz warunków transportu KKCz, osocza FFP i KKP zostały prawidłowo wykonane (walidacja procesu przechowywania składników krwi przeprowadzona na podstawie procedury nr 31 we wrześniu 2015, walidacja warunków transportu składników krwi w październiku 2015 - protokół nr 10)
6. Resztki poprzetoczeniowe są przechowywane prawidłowo w wydzielonej, opisanej lodówce i uregulowane procedurą opisująca postępowanie z resztkami poprzetoczeniowymi.

7. Brak procedury regulującej postępowanie ze zwrotami niewykorzystanych składników krwi z oddziałów szpitalnych, oraz postępowanie reklamacyjne dostarczanych składników do szpitala.

Wnioski

1. Szpitalny Bank Krwi prowadzony jest prawidłowo, zgodnie z wytycznymi.

W procedurach szpitalnego banku krwi należy uwzględnić zasady postępowania z tzw. produktem niezgodnym – procedury reklamacyjne i kwalifikowanie składników krwi w obrocie wewnątrzszpitalnym zgodnie z punktem 7 protokołu z kontroli działalności szpitalnego banku krwi.

00127
Z. na Kierownika Działu
Preparatów i Ekspedycji Krwi
Mg. Jacek Chlebicki
Działosta Laboratorijny
specjalista laboratoryjnej transfuzjologii
merytorycznej
10.12.2015

II. Nadzór nad krwiolecznictwem

W szpitalu jest wyznaczony lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią. Funkcję tę pełni lekarz specjalista chorób wewnętrznych Waldemar Włodarski. Ostatnie szkolenie w RCKiK odbył w 2012 roku. Ostatnie szkolenia wewnętrzne lekarzy i pielęgniarek (położnych) odbyły się w 2015 roku.

W szpitalu krew przetacza się na 4 oddziałach (na Oddziale Pediatryczno-Neonatologicznym ostatnie przetoczenie miało miejsce 16.12.2011r.), w związku z czym w chwili obecnej nie ma konieczności tworzenia 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 do wykonywania zabiegów przetaczania krwi.
5. Zapotrzebowania imienne na składniki krwi dla pacjentów.

Ad.1. Procedury dotyczące przetaczania krwi:

Procedurę dotyczącą przetaczania krwi sporządzono w oparciu o nowe rozporządzenie, zatwierdzono przez RCKiK 16.05.2013r. Uzupełniono datę wprowadzenia procedury w życie. Procedura jest weryfikowana 1x roku. Nadal brak procedury „look back”.

Ad.2. Książki transfuzyjne oddziałów:

a) Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną:

Od początku 2015r. do dnia kontroli na Oddziale przetoczono 808j. różnych składników krwi. Dokumentacja prowadzona jest prawidłowo, **jednak należałoby uaktualnić, zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem MZ, wzór książki transfuzyjnej.**

b) Oddział Ginekologiczno-Położniczy:

Od początku 2015r. do dnia kontroli przetoczono 23j. różnych składników krwi, głównie KKCz. Dokumentacja prowadzona jest prawidłowo, **jednak należałoby uaktualnić, zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem MZ, wzór książki transfuzyjnej.**

c) Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej:

Dokumentacja prowadzona jest prawidłowo, **jednak należałoby uaktualnić, zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem MZ, wzór książki transfuzyjnej.**

Ad 3. Historie choroby pacjentów leczonych krwią:

a) Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną:

➤ Pacj.

Wskazania do przetoczenia: Hgb – 6,3g%.

Otrzymał 7j. KKCz, bez powikłań.

Na 3 wynikach próby zgodności brak podpisu pielęgniarki. Poza tym dokumentacja transfuzji zgodna z wymogami.

Personel odpowiedzialny za transfuzję jest podpisany pod obowiązującą procedurą.

➤

Wskazania do przetoczenia: Hgb – 8,5g%, po przetoczeniu – 11,5 g%.

Otrzymał 3j. KKCz, bez powikłań.

Na 1 wyniku próby zgodności brak podpisu pielęgniarki. Poza tym dokumentacja transfuzji zgodna z wymogami.

Personel odpowiedzialny za transfuzję jest podpisany pod obowiązującą procedurą.

b) Oddział Ginekologiczno-Położniczy:

➤

Wskazania do przetoczenia: Hgb – 9,8g%.

Otrzymała 2j. KKCz, bez powikłań.

Na 1 wyniku próby zgodności brak podpisu położnej. Poza tym dokumentacja transfuzji tej pacjentki zgodna z wymogami.

➤

Wskazania do przetoczenia: . Hgb – 6 g%.

Otrzymała 6j. KKCz, bez powikłań.

Dokumentacja dotycząca transfuzji u pacjentki zgodna z wymogami.

Polożne odpowiedzialne za transfuzję, z wyjątkiem jednej, są podpisane pod obowiązującą procedurą.

Brak udokumentowanego szkolenia lekarzy z procedury dotyczącej toczenia.

c) Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej:

➤ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Dgn. _____ . Hgb 7,3 g%, po przetoczeniu wzrosła do 7,8 g%

Przetoczono 7j. KKCz, bez powikłań.

Dokumentacja transfuzji zgodna z wymogami.

Personel odpowiedzialny za transfuzje jest podpisany pod obowiązującą procedurą.

➤

Dgn. _____ Hgb 8,2 g%.

Przetoczono 3j. KKCz, bez powikłań.

Dokumentacja transfuzji zgodna z wymogami.

Personel odpowiedzialny za transfuzje jest podpisany pod obowiązującą procedurą.

Ad. 4 Uprawnienia pielęgniarek do wykonywania zabiegów przetaczania krwi.

Lista pielęgniarek uprawnionych do wykonywania transfuzji znajduje się u Pielęgniarki Naczelnej.

Część pielęgniarek ma ważne zaświadczenia o odbyciu szkolenia w RCKiK do końca 2015r..

Ad. 5 Zapotrzebowania imienne na składniki krwi dla pacjentów.

Sprawdzono zapotrzebowania ze wszystkich oddziałów z października 2015r. w aspekcie wskazań do leczenia danym składnikiem krwi. Zapotrzebowania bardzo dokładnie wypełniane. Wskazania do leczenia krwią nie budzą wątpliwości.

Realizacja zaleceń z poprzedniej kontroli:

Prawie wszystkie zalecenia pokontrolne zostały zrealizowane. Nadal nie została opracowana procedura „look back”.

Zalecenia pokontrolne:

KRYTYCZNE: brak

DUŻE:

1. Należy **pilnie** przeszkolić położną z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, która nie była podpisana pod procedurą dotyczącą zasad leczenia krwią i jej składnikami, uaktualnić szkolenie dla lekarzy z tego oddziału oraz sprawdzić, czy pozostałe osoby wykonujące przetoczenia w innych oddziałach są podpisane pod obowiązującą procedurą.

Należy przeszkolić pielęgniarki/położne, że po dokonaniu przy łóżku chorego oceny zgodności krwi z biorcą, na wyniku próby zgodności, oprócz wpisania godziny rozpoczęcia transfuzji, są również zobowiązane do złożenia podpisu.

3. Należy stworzyć procedurę opisującą postępowanie w przypadku wdrożenia procedury „look back”.

INNE ZNACZĄCE:

1. Należy uaktualnić, zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem MZ, wzór książki transfuzyjnej na wszystkich oddziałach szpitalnych.
2. Należy zaplanować na rok 2016 szkolenie lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią w RCKiK w Bydgoszczy.

SUGESTIE: brak.

Podsumowanie:

Nadzór nad krwiolecznictwem oraz organizacja leczenia krwią w podmiocie leczniczym uległ poprawie i jest zgodny z wymogami zawartymi w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.

Z-ca Kierownika Działu
Dawniej
Dr Joanna Anielska
specjalista transfuzjologii klinicznej

2015-12-10

