



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

به نام آرامش بخش هستی

ارائه دهنده: نجمه محمودیان
مسئول بخش اورژانس
بیمارستان پاریسیان شهرکرد



موضوع: هموویژیلاانس، ثبت و
گزارش نویسی پرستاری در
انتقال خون



هموویژیلانس

- همو به معنای خون و VIGILANCE به معنای مراقبت است و ترکیب مراقبت از خون به عنوان برگردان هموویژیلانس بکار می رود.

- در واقع هموویژیلانس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون است



دلایل افزایش آمار فراخوان کادر درمان به محاکم قضایی و انتظامی در چند سال اخیر

۱- استقلال حرفه ای

۲- افزایش سطح آگاهی های پزشکی جامعه

۳- افزایش تعداد کادر درمان

۴- ایجاد نقش های جدید و افزایش مسئولیتها

۵- پیشرفت تکنولوژی

۶- افزایش هزینه های درمانی

۷- افزایش آمار دکترین حقوق و درنهایت افزایش اطلاعات حقوقی مردم



دلایل افزایش آمار فراخوان کادر درمان به محاکم قضایی و انتظامی در چند سال اخیر

۸- عوامل رفتاری

۹- پائین بودن درآمد مردم

۱۰- کمبود نیرو و خستگی کادر درمان

۱۱- نقش همکاران

۱۲- ۲ یا ۳ شیفت بودن کادر درمان (ساعات کاری بالا)

۱۳- عدم موفقیت کادر درمان در برقراری رابطه مناسب با بیماران

۱۴- عدم آگاهی کارکنان درمانی از مسائل حقوقی و مقررات



کتاب قانون و
گزارش پرستاری
از منابع معتبر در
حوزه ثبت های
پرستاری



خصوصیات یک گزارش خوب

ثبت گزارش صحیح و مناسب جهت: پیشگیری از اشتباهات
احتمالی، طراحی و اجرای بهتر مراقبتهای درمانی



*حقیقت درنوشتن بهترین شیوه
است:

بی طرف و بدون قضاوت گزارش
کنیم: نه به نفع بیمار، نه به نفع
مسئولین، بی طرف باشیم.

تزریق خون اشتباه:

*بی دقتی پرسنل بانک خون
*بی مبالاتی مسئولین بعلت نبود
وارمر خون
*بی دقتی همکاران و...

ثبت گزارش مربوط به ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی

- ❖ علت درخواست خون و فراورده های خونی
- ❖ تعداد کیسه خون و فراورده های خونی تزریق شده
- ❖ حجم خون و فراورده های خونی تزریق شده
- ❖ واکنش بیمار به تزریق خون و فراورده های خونی
- ❖ مشخصات به طور کامل، صحیح و دقیق در فرم درخواست خون، فرم تحویل کیسه از بانک خون و فرم نظارت بر تزریق خون و فراورده های ثبت و مهر و امضاء گردد.



گزارش ترانسفوزیون خون

درخواست خون:

*ثبت دستور تزریق خون از سوی پزشک در پرونده بیمار بصورت واضح، خوانا و با نام فراورده و میزان و توضیحات خاص تزریق ضرورت دارد.

*فرم درخواست خون که مشخصات آن بایستی توسط پرستار به طور کامل و صحیح و دقیق پر شود.

*ثبت ترانسفوزیون ها و حاملگی های قبلی در فرم درخواست خون، مسئول بانک خون را موظف به جستجوی آنتی بادی های ناخواسته در خون بیمار می کند.



تکمیل فرم های استاندارد تزریق خون و فرآورده های خونی

1. فرم درخواست خون و فرآورده های خونی

- فرم درخواست خون و فرآورده های خونی توسط پزشك تکمیل و مهر و امضاء گردد.
- در صورتیکه فردی غیر از پزشك، فرم را تکمیل کند، مسئولیت صحت تمام اطلاعات موجود در فرم به عهده پزشکی است که مهر او در فرم دیده میشود.
- ضرورت دارد تمام قسمتهای فرم تکمیل گردد. تاریخ تولد حتماً به صورت روز/ ماه/ سال درج گردد.
- این فرم در دو نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه دوم در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده مجدداً به بخش ارسال گردد.





2. فرم درخواست خون و فرآورده های خونی به صورت اورژانس

- فرم درخواست خون و فرآورده های خونی بصورت اورژانس باید توسط پزشك تکمیل و مهر و امضاء گردد.
- در صورتیکه فردی غیر از پزشك، فرم را تکمیل کند، مسئولیت صحت تمام اطلاعات موجود در فرم به عهده پزشکی است که مهر او در فرم دیده میشود.
- منظور از درخواست خون اورژانس، مواردی است که بیمار پیش از تکمیل آزمایشهای استاندارد قبل از تزریق خون و بنا به تشخیص پزشك معالج مبنی بر این که تأخیر در تزریق خون ممکن است حیات بیمار را به مخاطره بیاندازد، نیاز به تزریق گلبولهای قرمز پیدا میکند.
- بانک خون بیمارستان زمان کافی جهت انجام آزمایشات سازگاری را ندارد، پس با مسئولیت و مهر و امضاء پزشك معالج، خون بدون کراس مچ یا حتی بدون تعیین گروه خونی ABO و Rh را برای بیمار ارسال می نماید.
- ضرورت دارد قبل از تزریق اولین واحد بدون کراس مچ، يك نمونه از خون بیمار به بانک خون ارسال شود تا در زمانی که خون بدون کراس مچ به بیمار تزریق می شود، بانک خون زمان کافی برای کراس مچ و یافتن خون سازگار داشته باشد.





فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن در شرایط اورژانسی



این قسمت توسط پرستار و پزشک معالج تکمیل شود:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:	

نمونه خون بیمار:	مشکلات نمونه‌گیر:
☐ تهیه و قبل از توزیع ارسال شد ☐ ارسال نشد	تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: نام و نام خانوادگی:

مطابق نمونه بانک خون:

☐ درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم

☐ تکمیل و ارسال فرم به بانک خون

حالت درخواست خون و فرآورده اورژانسی: _____ گروه خون بیمار: _____

تاریخ درخواست: _____ ساعت درخواست: _____

نام فرآورده مورد نیاز:

☐ گلبول قرمز متراکم HBC ☐ گلبول کامل ☐ خون کامل ☐ Wbnc blood ☐ گلبول سرد

☐ گلبول قرمز متراکم کم‌تکثیریت LR-HBC ☐ سایر فرآورده‌ها ☐ گلبول سرد

گروه خون فرآورده درخواستی و زمان نیاز:

☐ اقله (فاصله پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار (پمپ بیمار) گروه خون و تکثیر (سپین ایزر))

☐ گروه خون O مثبت (به O مثبت به علاوه به بیمارانی خاص در سن بارداری)

☐ گروه خون O مثبت (به O مثبت و خاصیت خاص در سن بارداری) (در صورت عدم وجود ذخیره کافی از گروه خون O مثبت)

☐ ۲-۳ دقیقه پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه خون بیمار (سپین گروه خون O مثبت تکثیر اسپین ایزر) (O مثبت، گلبول سرد و سپس انجام ترانس‌یو استفاده از اسپین ایزر)

پزشک مطبق بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانسی را می‌پذیرد.

امضاء و مهر نظام پزشکی:

توجه: - ترانس‌یو استفاده از زمان دریافت درخواست و نمونه توسط بانک خون، ۶۰-۲۵ دقیقه زمان می‌برد.

- پس از ارسال خون هر دو مورد فوق‌الذکر باستانی (فاصله) ترانس‌یو استفاده از خروج شده و در صورت استفاده هر گونه انتقال‌گری به بخش فکالین سکی صورت گیرد.

فقط به صورت تلفنی و سپس تکثیر.

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت فرم درخواست و نمونه: - / - / - - - - - ساعت دریافت درخواست و نمونه: - / - - - - - فرد تحویل گیرنده: - - - - -

مشکلات فرآورده ارسالی:

گروه خون و Hb فرآورده (ها) براساس پرچسب سازمان انتقال خون:

شماره (های) امضا:

تاریخ ارسال فرآورده (ها):

نام فرد ارسال کننده:

نام فرد تحویل گیرنده:

امضاء واحد ارسالی:

ساعت ارسال:

امضاء:

امضاء:

این فرم در دو نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه دوم در بانک خون باقی ماند و نسخه اصلی جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال گردد.

3. فرم درخواست پلاکت فرزیس

- فرم درخواست پلاکت فرزیس توسط پزشك معالج تكمیل و مهر و امضا گردد.
- پلاکت آفرزیس موافقي کاربرد دارد كه شمارش پلاكتي بیمار به دنبال تزریق پلاکت راندوم به میزان مورد نظر افزایش نیابد و مقاومت پلاكتي رخ داده باشد.
- پزشك معالج باید چهارخویشاوند نزدیک بیمار را جهت انجام آزمایش Typing HLA به سازمان انتقال خون معرفی و خویشاوندي كه سازگاري با بیمار داشته باشد جهت فرآیند پلاکت فرزیس انتخاب می شود.





فرم درخواست پلاکت فرزیس از اهداکنندگان خاص

این قسمت توسط پزشک درخواست کننده پلاکت فرزیس تکمیل شود:

نام بیمارستان و یا مرکز درخواست کننده پلاکت فرزیس:				شهر:	
نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی:	جنسیت:	مرد ☐ زن ☐
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:	
تاریخ درخواست:		تاریخ مورد نظر جهت ترخیص فرآورده:		تشخیص بیماری:	

مقدار پلاکت بیمار	گروه خونی و Rh بیمار	HLA بیمار در صورت انجام	میزان پلاکت مورد نیاز (واحد)

لازم به ذکر است هر واحد پلاکت آفرزیس معادل ۶۵ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است.

ردیف	اهداکنندگان معرفی شده به سازمان انتقال خون ایران از قوای فرمی باشند:
۱	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh: نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh:
۲	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh: نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh:
۳	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh: نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh:
۴	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh: نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خونی و Rh:

در صورت ذکر شماره شمارش پلاکتی برای اهداکننده، لطفاً برگه آزمایش آن نیز ضمیمه این فرم شود.

نام پزشک:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

این قسمت در بخش پلاکت فرزیس تکمیل شود:

اینجانب دکتر تایید می‌نمایم که فرآورده پلاکت فرزیس برای اهداکننده های در مرکز پلاکت فرزیس انجام شد.

تعداد تخمینی پلاکت در هر کیسه:

تاریخ انجام پلاکت فرزیس:

ساعت انجام پلاکت فرزیس:

توجه: جهت تسهیل فرآورده، پلاکت خون بیمارستان یا واحد پزشکی خون انتقال خون یا فرم ۰۰۱.HV.DSS.FRM میمانگی لازم را انجام دهد.

این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر سه نسخه به بانک خونی و ثبت درخواست نسخه اصلی فرم جهت ترخیص فرآورده به بانک ارسال گردد و دو نسخه بقیه به واحد آفرزیس سازمان انتقال خون ارسال و پس از انجام فرآورده پلاکت فرزیس، یک نسخه آن بایگانی و یک نسخه به بانک خون بیمارستان مرودت داده شود.

4. فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز

- قبل از تزریق هر فرآورده شماره کیسه خون و گروه خون قید شده در فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز با شماره اهدا و گروه خون درج شده روی برچسب کیسه خون تطبیق داده شود.
- وضعیت ظاهری کیسه و تاریخ انقضای فرآورده بررسی شود.
- موارد فوق باید توسط دو پرستار چک و امضا گردد.
- در صورت هر گونه مغایرت به هیچ وجه خون تزریق نشده و کیسه خون به بانک خون عودت داده شود و به پزشک هموویژلانس گزارش گردد.
- علایم حیاتی بیمار بلافاصله قبل از تزریق و 15 دقیقه اول تزریق و پس از آن با فواصل زمانی مشخص مطابق با فرم ثبت شود.
- تاریخ و ساعت شروع و پایان تزریق و حجم فرآورده تزریق شده در قسمت مربوطه در فرم ثبت گردد و اگر تزریق انجام نشده باشد کیسه به بانک خون عودت داده شده و علت عدم تزریق ذکر گردد.



5. فرم نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد (FFP)، پلاکت و کرایوپرسیپیتیت

- قبل از تزریق هر فرآورده، شماره کیسه فرآورده و گروه خون قید شده در فرم نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد FFP، پلاکت، کرایوپرسیپیتیت با شماره اهدا و گروه خون درج شده روی برچسب کیسه فرآورده تطبیق داده شود.
- وضعیت ظاهری کیسه و تاریخ انقضای فرآورده بررسی شود.
- موارد فوق باید توسط دو پرستار چک و امضا گردد.
- در صورت هرگونه مغایرت به هیچ وجه فرآورده مذکور تزریق نشده و کیسه به بانک خون عودت داده شود و به پزشک هموویژلانس گزارش گردد.
- در صورتی که برای بیمار بیش از یک کیسه فرآورده پلاکت یا پلاسمایی از بانک خون ارسال شده است ترتیب تزریق خون در قسمت مربوطه در فرم مشخص گردد.
- علایم حیاتی بیمار بلافاصله قبل از تزریق و حین تزریق اولین فرآورده، دومین فرآورده، سومین فرآورده و ... مطابق با فرم ثبت شود.





فرم نظارت بر تزریق پلاسماهای تازه منجمد (FFP) - پلاکت - گراہیور سیبیتیت



این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

بیمارستان / مرکز درمانی		استان:		شماره:	
نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	پیشانی:			
شماره پرونده بیمار:	کد ملی:				
تاریخ تولد:		تاریخ اخذ:			
نام فرآیندها (های) درخواستی توسط پزشک و تعداد:		☐ زن ☐ مرد تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون و فرآورده ها:			
نام فرد مسئول گروخته و تعداد:		نام فرد ارسال کننده و تعداد:			
ساعت و تاریخ ارسال فرآورده ها:		☐ مناسب ☐ نامناسب ☐ مناسب ☐ نامناسب ☐ کنترل شد نام و نام خانوادگی گزیننده: ☐ نام و نام خانوادگی شاهد بر تزریق: ☐ نام و نام خانوادگی:			
نام فرآورده (ها)	شماره کسره	تاریخ انقضا	گروه خون و Rh	تاریخ	فرم تزریق
فرم تزریق که بیمار به حیثیت / پیشی دیگران تحویل داده شود: نام پدر: نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار تحویل گیرنده:					
فرم تزریق عدم تأیید حرکت از مداره فوق، به هیچ وجه فرآورده را تزریق ننموده و کسره فرآورده را به بانک خون خودت جدید و همچنین به پوشاک، ظروف و کاس یا پوشاک، بشویر انتقال خون گزارش نمایید.					
تاریخ تحویل فرآورده (ها) به پیشی: ساعت تحویل فرآورده (ها) به پیشی بیمارستان:					
سایل و یا رنگ سرسوزن مورد استفاده:					
ملاحظه: گراہیور پس از نوب اخذ حداکثر ۳۰ ساعت در فضای اقل قابل نگهداری و مصرف است.					
بهمان پد پلاسما، تازه منجمد (FFP) پس از نوب اخذ، همین مورد استفاده قرار نگیرد می توان آن را در یخچال بانک خون در مداره ۲ تا ۶ درجه سانتیگراد نگهداری و ۲۲ تا ۲۴ ساعت، همین درجه در یخچال پلاسما، تازه منجمد استفاده قرار داد.					
ده توجه: لطفاً این فرم ۳۰ انتهای تزریق نگهداری شود زمانی که تزریق فرآورده انجام شد و یا به خطای تزریق اگر دید پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید.					
موسورت تزریق فرآورده ها/ قسمت زیر تکمیل شود:					
فرم تزریق فرآورده ها/ قسمت زیر تکمیل شود:					
تاریخ تزریق فرآورده ها:					
ساعت شروع تزریق:					
ساعت پایان تزریق:					
مجموع فرآورده (های) تزریق شده:					
آیا تزریق فرآورده (ها) با بروز واکنش همراه بوده است؟ ☐ خیر ☐ بله					
ساعت شروع منجمد تزریق (در صورت بروز واکنش و کمبود بر شروع منجمد تزریق پس از قطع تزریق):					
این فرم در سه نسخه تکمیل گردد: یک نسخه از بانک خون، یک نسخه از بیمارستان و یک نسخه از بانک خون بیمارستان تکمیل شود.					

04, 147, 000, 001, 003

اصول مراقبتهای پرستاری در همووژیلاس/ تأیید هویت و شناسایی بیمار

- برای خون گیری و یا تزریق خون لازم است که هویت بیمار تأیید گردد . زیرا در صورت تزریق اشتباهی خون به فرد دیگر ، به دلیل تفاوت گروه های خونی می تواند موجب از دست رفتن جان بیمار گردد.
- چنانچه بیمار هوشیار است قبل از نمونه گیری از خود فرد، نام، نام خانوادگی، و تاریخ تولد را بپرسید و مشخصات بیمار را با پرونده و اطلاعات فرم درخواست خون مقایسه نمایید.
- در صورت وجود دستبند شناسایی ، مطابقت دستبند ، با اطلاعات پرونده و فرم درخواست تکمیل شده خون انجام گیرد.
- چنانچه بیمار غیر هوشیار است (یا موارد اورژانس) باید طبق دستورالعمل های داخلی در هر بیمارستان شناسایی این بیماران تعریف شده باشد. این دستبند بایستی تا زمان ترخیص همراه بیمار باشد .
- در بیمارانی که به اتاق عمل میروند، در نوزادان و در سوختگی ها استفاده از دستبند مشکل است. جایگزین آن نوار دور مچ پا و نوار پیشانی است. گاهی لازم است به افراد مجهول الهویه نام مستعار داده شود، تا بتوان با استفاده از آن بیمار را شناسایی کرد.



مواردی که باید حتماً روی برچسب نمونه خون قید گردند

نام، نام خانوادگی بیمار،

تاریخ تولد،

شماره پرونده،

*تاریخ و ساعت خونگیری،

*نام فردی که نمونه گیری کرده است.

* دو مورد آخر را می توان روی برگه ی درخواست آزمایش یا روی برچسب لوله یا در سیستم کامپیوتری قید نمود.



دستور العمل مراقبت قبل از تزریق خون

- الف : بررسی نمایید قبل از هر تزریق موارد زیر مهیا بوده و سپس اقدام به تحویل گرفتن خون و فرآورده از بانک خون نمایید.
- انتخاب محل مناسب تزریق در بیمار-آماده بودن بیمار و پرستار جهت تزریق، ست تزریق خون، موجود بودن آنژیوکت با سایز مناسب در کودکان 22-24 G و بزرگسالان 16-18-20 G
- داروهایی از قبیل آنتی هیستامین-اپی نفرین، محلول سدیم کلراید تزریقی %0/9 ، کپسول اکسیژن، دستگاه ساکشن، بررسی شود آیا طبق تجویز پزشك معالج بیمار قبل از تزریق نیاز به دریافت دارو دارد یا خیر؟
- نکته : حداکثر فاصله زمانی بین تحویل گرفتن کیسه خون کامل و گلبول قرمز از بانک خون تا تزریق 30 دقیقه



ب: تحویل گرفتن خون و فرآورده توسط بخش

- ارزیابی خون و فرآورده خون

- اگر کیسه خون یا فرآورده دارای هر يك از شرایط زیر باشد باید به بانک خون عودت داده شود.

- هر گونه نشئت از کیسه-رنگ غیر طبیعی (بنفش - ارغوانی و...) - همولیز-وجود لخته-گذشتن تاریخ انقضاء فرآورده-وجود کدورت-وجود گاز در کیسه (کیسه باد کرده)-برچسب ناسالم.

در صورت وجود هر کدام از موارد بالا، پرستار باید از تحویل گرفتن خون و فرآورده خودداری کند و با تکمیل قسمت مربوطه در فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار، کیسه را عودت دهد.

❑ نوع فرآورده درخواستی ❑ گروه خون و Rh بیمار و کیسه خون ❑ شماره ویژه واحد اهدایی قید شده بر روی کیسه خون، با شماره اهدا قید شده در فرم تحویل خون



ج: تأیید هویت بیمار

- قبل از تزریق از خود فرد، نام، نام خانوادگی و تاریخ تولد وی را پرسیده و مشخصات بیمار را با پرونده و فرم درخواست تکمیل شده خون مقایسه نمائید.
- در صورت وجود دستبند شناسایی ، مطابقت دستبند شناسایی ، با اطلاعات فرم درخواست خون و فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون



گزارش ترانسفوزیون خون

نمونه گیری از بیمار :

ابتدا نام بیمار را پرسیده و سپس از وی خونگیری به عمل می آید، بعد از ریختن نمونه خون در لوله آزمایش نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، نام بخش شماره اتاق و تخت بیمار را به طور واضح روی برچسب لوله بنویسید.



تهیه نمونه خون قبل از تزریق خون

- در زمان خونگیری چنانچه بیمار در حال دریافت مایعات تزریقی از يك دست است، به منظور اجتناب از ترکیب نمونه با مایعات تزریقی، بهتر است از بازوي دیگر بیمار استفاده کرد و یا در صورت لزوم از پائین تر از محل تزریق، نمونه را تهیه نمود.
- در صورتی که مجبور هستید از محل تزریق یا نمونه را از رگی که سرم در حال تزریق است تهیه کنید 5-10 میلی لیتر خون دریافتی اولیه را دور ریخته و نمونه جدید را جهت انجام آزمایش جمع آوری کنید.
- نمونه خون همولیز حتی الامکان باید با نمونه صحیح جایگزین شود.
- نمونه قبل از تزریق نباید بیش از سه روز قبل از تزریق جمع آوری شوند. مگر مشخص باشد بیمار باردار نبوده و یا در خلال 3 ماه قبل تزریق خون نداشته است.
- اگر بیمار در 10 روز گذشته تزریق خون داشته است، نمونه قبل از تزریق نباید بیش از يك روز قبل از تزریق جمع آوری شود.
- برای غربالگری آنتی بادی و کراس مچ و تعیین گروه خون و Rh می توان از نمونه های لخته و یا لوله ای که دارای EDTA است، استفاده شود.
- از برچسب زدن قبلی لوله های چند بیمار (مثلاً در ایستگاه پرستاری) و سپس اقدام به نمونه گیری از بیماران شدیداً پرهیز گردد.



گزارش ترانسفوزیون خون

دریافت خون از بانک خون بیمارستان:

مشخصات روی کیسه خون را با فرم درخواست خون چک کرده و بعد از اطمینان از انطباق با مشخصات بیمار، محتوی کیسه خون را از نظر سردی، وجود لخته، همولیز، تغییر رنگ و نشت خون از کیسه بررسی کنید و موارد غیر طبیعی را بلافاصله گزارش کنید.



گزارش ترانسفوزیون خون

تزریق خون:

مواردی که باید حین تزریق در کارت شناسایی یادداشت گردد شامل:

□ تاریخ تزریق،

□ ساعت تزریق،

□ تعداد واحد خون یا پلاسمای مصرفی،

□ شماره کیسه های مصرفی،

□ علائم حیاتی بیمار طی زمان تزریق



نکات مهم حین تزریق:

- حداکثر مدت زمان تزریق خون ۴ ساعت می باشد.
- تشخیص هویت دقیق بیمار و کیسه خون
- استفاده از ست فیلتردار و قرار دادن صحیح سوزن تزریق در رگ
- مراقبت متناوب از بیمار
- در صورت واکنش بیمار به خون بلافاصله متوقف شده و بعد از انجام اقدامات لازم در گزارش پرستاری تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده، نوع و مقدار خون یا فراورده های تزریق شده، زمان شروع و توقف خون، درمانهای انجام شده برای عوارض ثبت شود.
- کنترل علائم حیاتی به طور متناوب (قبل، حین و پس از تزریق خون) و ثبت در چارت ترانسفوزیون خون ، کرایوپرسیپیتیت ، محصولات لیوفیلیزه (۸ FFP - همه محصولات خونی)، خون کامل ، گلبول قرمز متراکم ، پلاکت باید با ست فیلتردار تزریق شود.



نکات مهم حین تزریق:

- در هر تزریق باید رگ مناسب و آنژیوکت مناسب (نوع و شماره آن) انتخاب گردد.
- در موارد روتین (غیر اورژانس)، خون کامل و یا گلبول قرمز متراکم معمولاً در یک یا دو ساعت تزریق می شود و بیش از ۴ ساعت نباید طول بکشد. (در موارد اورژانس خون را با هر سرعتی می توان تزریق (ml/kg/h) نمود).
- یکی از مهمترین و حساس ترین و نقطه عطف تزریق خون، تعیین هویت بیمار و انطباق آن با کارت شناسایی و فرم درخواست خون و کیسه خون، درست قبل از تزریق خون می باشد.
- اهمیت حضور پزشک معالج بر بالین بیمار
- در ۱۵ دقیقه اول که بیش از ۹۰٪ عوارض حاد رخ می دهد، باید تزریق آهسته باشد.



گزارش ترانسفوزیون خون

اصول گزارش انتقال خون به بیمار:

- پرستار باید به نام بیمار، شماره ي پرونده، نوع و گروه خون، یافته هاي کراس ماچ خون، شماره شناسايي بانک خون روي کيسه ي خون توجه کند.
- فرآورده هاي خوني و يا خون، توسط دو پرستار بررسی و هردو نفر اطلاعات را تأييد و ثبت کنند.

مواردي که بايد در نظر گرفته شوند عبارتند از:

- تاريخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون
- نام پرستاري که اطلاعات را تأييد کرده است.
- نوع، اندازه سوزن مورداستفاده و مقدار خون ترانسفوزيون شده بايد نوشته شوند:
- مقدار خون گرفته شده ازبیمار و مقدار خوني که به وي تزریق شده (در برگه گزارش جذب و دفع)
- نتايج آزمایشات درحين و پس از انتقال خون
- ثبت آزمایشات انعقادي، هماتوکريت، گازهاي شرياني، هموگلوبين، کلسيم
- علايم حياتي قبل، حين و پس از انتقال خون





- تزریق خون می تواند با اثرات ناخواسته همراه شود .
- برخی واکنش ها، حاد بوده و در طول تزریق یا مدت کوتاهی پس از آن به وجود می آیند .
- برخی واکنش ها، تأخیری بوده و ممکن است پس از 24 ساعت به وقوع بپیوندند .
- علی رغم معاینات پزشکی و انجام آزمایش ها و با وجود رعایت تمام استانداردها، احتمال بروز عوارض انتقال خون هم چنان باقی است .
- تصمیم به تزریق خون برای بیمار باید بر اساس ارزیابی های دقیق از فواید و عوارض آن برای بیمار بوده ، آگاهی و مهارت لازم برای تشخیص و درمان هر گونه واکنش ناسازگار خونی و عوارض آن را دارا باشیم.





فرم گزارش واکنش های تزریق خون و فرآورده های آن



Explanatory

三

۱- مشخصات پیمان (تکمیل توسط پیمانکار)			
نام خانوادگی:	نام کامل پیمانکار / مرکز درمانی:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	تاریخ تولد: / /
نام:	نام کامل پیمانکار / مرکز درمانی:	پیشین محل بروز حادثه:	
شماره پلاک پیمانکار:	شماره پلاک پیمانکار:	شماره پلاک پیمانکار:	

1

[illegible]

فصل دوم در بیان سبب و علت این کتاب

[illegible]
$$A = \begin{pmatrix} 0 & 1 \\ -\frac{1}{m^2} & 0 \end{pmatrix}$$

۳- یادداشت‌های پس از پرویز و انگلیسی:

۳-۱- تاریخ: ... ساعت: ...

۳-۲- نام بیمار: ... تاریخ تولد: ... تاریخ پذیرش: ...

۳-۳- شرح حال: ...

۳-۴- معاینه فیزیکی: ...

۳-۵- تشخیص: ...

۳-۶- درمان: ...

۳-۷- پیگیری: ...

۳-۸- توضیحات: ...

[illegible]

گزارش عوارض ترانسفوزیون خون

- در صورتی که بیمار به انتقال خون، واکنش نشان داد، آن را متوقف نموده و گزارش را به صورت ذیل بنویسید:

- تاریخ و ساعت واکنش و علایم مشاهده شده در بیمار، نوع و مقدار خون و یا فرآورده های خونی تزریق شده

- زمان شروع و توقف انتقال خون، علایم حیاتی بیمار بر روی نمونه ای که به آزمایشگاه برای تجزیه فرستاده می شود .

- درمانهایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن



نمونه گزارش ترانسفوزیون خون

تاریخ 28/4/1401 ساعت 11:30 بخش اورژانس:

بیمار از تهوع و استفراغ شکایت دارد در ساعت 10:30، انتقال خون شروع شده و 00 : 11 پس از وصل يك واحد پكسل و دریافت حدود 100 سي سي از آن دچار سیانوز لبها شد. انتقال خون متوقف شد. به دکتر X اطلاع داده شد و انفوزیون 1000 سي سي نرمال سالین از طریق دست چپ برای وي شروع شد $T = 37/5$ ، $BP 110/80$ ، $RR = 110$ ، $PR 28$ ، نمونه خون پكسل در ساعت 10 : 11 به آزمایشگاه فرستاده شد. دیفن هیدرامین 50 میلی گرم عضلانی تزریق شد. بیمار گرم نگه داشته شد. پرستار م - محمدي

ساعت 11:45: بیمار دچار احساس گرما و تهوع شد.

$T = 37/3$ ، $RR = 24$ ، $PR = 100$ ، پرستار م - محمدي

ساعت 12:00 - بیمار لرز و تهوع ندارد. طبق دستور سرم نرمال سالین 80 سي سي در ساعت تنظیم شد $BP = 156/82$ ، $PR = 100$ ، $T = 37/3$ ، $RR = 22$. پرستار م. مردانی





با تشکر از توجه شما



باتشکر از سرکارخانم دکتر ایازی که با مطالب آموزشی
مفید خود در تهیه این پاورپوینت ما را یاری نمودند