

1. AMAÇ

Bu prosedürün amacı laboratuvar işleyiş sürecini standardize etmektir.

2.KAPSAM:

Bu prosedür incelenecek numunenin alınması, laboratuvara, ulaşmasından sonuçların hastaya doktora ve ulaşmasına kadar geçen tüm işlem basamaklarını ve laboratuvarın işleyişini kapsar.

3.KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

SBYS: Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi

LBYS: Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi

LHSS: Laboratuvar Hata Sınıflama Sistemi

4.TANIMLAR

Preanalitik Süreç: Preanalitik evre; analiz öncesi aşama olup hastaya uygun testin istenmesi, örneğin alınması, transportu ve analiz için hazırlanmasını içeren süreçtir

Analitik Süreç: Numunelerin laboratuvara kabulü ile başlayan ve raporlanmasına kadar devam eden süreçtir.

Postanalitik Süreç: Analiz edildikten sonra elde edilen sonucun raporlanması ve ilgili hekim tarafından değerlendirilmesine dek süren dönemdir.

Panik Değer: Laboratuvar test sonucunun, acil müdahale edilmediği takdirde hastanın hayati tehlikesi olabileceğini işaret eden sınır değerlerine denir.

5.SORUMLULUKLAR

5.1. Onay ve yürürlük:

Bu prosedür Başhekimin onayından sonra yürürlüğe girer.

5.2. Prosedürün kullanıcıları:

Biyokimya Uzmanı: Bakteriyoloji testlerinin çalışılmasını sağlamak ve onaylamak.

Laboratuvar Sorumlusu: Laboratuvar işleyişinin sürekliliğini sağlamak ve laboratuvarı yönetmekten sorumludur.

Laboratuvar teknikerleri: Laboratuvarda tüm testlerin uygulanması laboratuvar teknisyenleri tarafından gerçekleştirilir.

Laboratuvar Sekreteri: Laboratuvarda çalışılan tüm testlerin sistemde ve protokol defterinde kayıtlarının takibinin yapılması

6.PROSEDÜR

6.1. Laboratuvar Test Rehberi: Hastanemiz laboratuvarında çalışılan tüm testleri ve anlaşmalı olduğumuz dış laboratuvarlarda çalışılan testleri içeren "Laboratuvar Test Rehberi" tüm birimlerde bulunur.

"Laboratuvar Test Rehberinde" aşağıdaki bilgiler bulunur ve sağlık çalışanlarına test rehberine nasıl ulaşacakları ve rehberi nasıl kullanacakları hakkında her yıl laboratuvar sorumlu tekniker tarafında eğitim verilir.

- Laboratuvarda çalışılan testler ve dış laboratuvara gönderilen testler
- Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği
- Testlerin hangi tüp veya kaplara alınacağı
- Ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ilişkin kurallar

- Numune alımı ile ilgili kurallar
- Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
- Test çalışma metodu (yöntemi)
- Çalışma günleri, raporlama süresi
- Numune kabul ve ret kriterleri
- Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
- Gerekli ise testlere özel açıklamalar

6.2.Laboratuvar 7 gün 24 saat hizmet verir. Mesaiye gelen laboratuvar teknikerleri, o gün çalışacağı bölümün nöbetini devralır.

6.3.Laboratuvar teknikeri bulunduğu bölümdeki çalışacağı cihazın günlük bakım ve kullanımını ilgili kılavuz ve talimatlara göre yapar. Buna göre;

- Kan Sayımı analizörü, Kan sayımı Analizörü Kullanım Kılavuzu' na göre
- Biyokimya Analizörü, Biyokimya Analizörü Kullanım Kılavuzu' na göre
- Hormon cihazı, kullanım klavuzuna göre kullanır.
- Mikroskop, "Mikroskop Kullanma Talimatı"na göre,
- Santrifuj, "Santrifüj Kullanım Talimatı"na göre kullanılır.

6.4. Sabah devralan laboratuvar teknikeri cihazın temizliğini sabunlu su ile silerek yapar ve mekanik temizliğini cihazın kullanım kılavuzuna göre yapar.

6.5.Laboratuvarda bulunan buzdolapları derecelidir ve günde dört (4) kez ısı ve nem ölçümü yapılır. Sonuçlar "Isı ve Nem Kontrol Formu" na kaydedilir.

6.6.Preanalitik Evre: Analiz öncesi test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsayan süreçte kalitenin sağlanması, laboratuvar, istemi yapan hekim ve süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır.

6.6.1. Test İstemi: Hastanın hekimi istem yaparken hasta ile ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgiler varsa isteme not olarak eklemelidir.

Hekimin yazdığı istem, poliklinikte hasta kabul görevlileri, klinikte hemşireler tarafından HBYS sisteminde hasta üzerine eksiksiz giriş yapılmalıdır.

6.6.2.Numune Alımı: Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmış ve talimatlar oluşturulmuştur. "Kan Alma Talimatı", "Numune Alma Talimatı", "Kan Kültürü Alma Talimatı"larına göre ilgili numuneler uygun olarak alınması sağlanmaktadır.

6.6.3.Hasta Hazırlama: Tetkik istemi yapılmış ve HBYS sistemine girişi yapılan hasta/hasta yakını kan alma biriminde laboratuvar teknikeri veya hemşire tarafından karşılanıp, yaptıracığı test hakkında bilgi verilir.

Kimlik doğrulama: Ayaktan hastada hastanın kimlik belgesi talep edilerek, kontrol edilir ve sözlü olarak kimlik kontrolünü yapar. Yatan hastada sözlü kontrol ve kimlik bilekliğinden hastanın kimlik kontrolü yapılır.

- Laboratuvar ekranında hastayı ve istenilen tetkikleri görüntüler.
- Açlık veya özel hazırlık gerektiren testler için, laboratuvar teknikeri veya hemşire hastanın aç olup olmadığının, hastanın doktorunun istediği tetkikle ilgili özel bir şart var ise hastanın uygun olup olmadığının bilgisini alır.
- HBYS'de istemi yapılmış tetkikler için uygun numune tüpleri belirlenir, tüpler için numune barkodu basılır ve üzerlerine yapıştırılır.

- Kan alma koltuğunda hastayı rahat bir şekilde oturarak alınacak numunelerin talimatına uygun kan alma işlemini yapar.

Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda: Hastanın idrar, gaita, sperm gibi materyalleri alınacaksa, hasta, anlayabileceği şekilde yeterli bilgilendirme yapılır ve hastaya materyal kabı verilip, tuvalete yönlendirilerek materyalleri vermeleri sağlanır.

Numune alım işlemi tamamlandıktan sonra; laboratuvar teknikeri veya hemşire, hastayı testlerin sonuçlarının çıkış zamanı hakkında bilgilendirir, hastanın sorularını cevaplandırır ve gerekli bilgileri hastaya verir.

Yatan Hastadan Numune Alınması: Hekim istemi yapılan testler, HBYS'de hasta üzerine giriş yapılır, numunenin alımı için hastada ön hazırlık uygunsa veya hazırlığa gerek yoksa numune barkodu basılır, ilgili numune kaplarının üzerine yapıştırılır. Hastada kimlik doğrulama yapılır, yapılacak numune alma işlemi hakkında bilgi verilir. İlgili talimata göre numune alınır. Alınan numune, taşıma kutusunun içerisinde ilgili personelle laboratuvara gönderir.

Numune Alma Eğitimi: Numune alan sağlık çalışanlarına belli periyotlarda ve ihtiyaç halinde biyokimya uzmanı tarafından numune alma eğitimi yapılır.

6.6.4.Numune Transferi: "Numune Toplama ve Taşıma Talimatı" na uygun olarak yapılır. Poliklinik ve kliniklerde alınan numune örnekleri, kan taşıma kutusu ve gaita ve idrar taşıma kutuna uygun şekilde yerleştirilir.

- Transferi yapacak personel "El Yıkama ve Eldiven Kullanma Talimatı"na göre el hijyeni sağlar. Numune taşıma kutusunu taşıyacağı eline eldiven giyer, kapıları açacağı diğer elinde eldiven olmaz.
- Hastanemiz laboratuvarına alınan numuneler en kısa sürede ulaştırılır. Numune alınan bölümden laboratuvara maksimum 30 dk içinde ulaşmalıdır.
- Transferi yapılan numuneler laboratuvar teknikerine teslim edilir. Laboratuvar teknikeri "Numune Kabul Defteri"ne teslim aldığı numuneleri kaydeder.
- Transferi yapan personel birimine döndüğünde, transfer kabının temizliğini yapar, dezenfektan mendille veya dezenfektan spreyle transfer kabını dezenfekte eder. Numune Transfer Kabı Temizlik ve Dezenfeksiyon Kayıt Formu"na yaptığı işlemi kaydeder.

Numune Transferi Eğitimi: Numune transferi yapan çalışanlara belli periyotlarda ve gerektiğinde numune transferi eğitimi yapılır.

6.6.5.Numunelerin Laboratuvara Kabulü: Numunelerin kabul ve kriterleri "Laboratuvar Numune Kabul Red Kriterleri Listesi"nde belirtilmiştir.

Laboratuvar numune kabul alanına transferi yapılan numuneler ilgili kriterlere göre kontrol edilerek teslim alınır. HBYS 'de uygun numunelerin kabulü yapılır, kriterlere uymayan numunelerin nedenleri ve reddeden kişi belirtilerek numunenin reddi yapılır. Numunenin alındığı bölüm aranarak numunenin reddedildiği ve yeni numune alınarak gönderilmesi talep edilir.

Reddedilen Numunelerin Kaydı: HBYS red kayıtları izlenebilmektedir. Ayrıca "Reddedilen Numune Kayıt ve Takip Formu"na aşağıdaki bilgiler kaydedilir.

- Numunenin reddedildiği tarih ve saat
- Numuneyi gönderen bölüm
- Numunenin kim tarafından reddedildiği veya kabul edildiği
- Reddedilme nedeni

Reddedilen numunelerin analizi: Reddedilen numuneler aylık olarak analiz edilir. Reddedilme nedenleri, reddedilen numunelerin gönderildiği bölümler belirlenerek gerekli iyileştirme faaliyetleri düzenlenir.

Numune Kabul ve Ret Eğitimleri: Laboratuvar çalışanlarına her yıl numune kabul ve ret işlemleri, kayıt ve bilgilendirme hakkında eğitim verilir. Reddedilen numune oranının azaltılması için numune alan salık çalışanlarına numune alma konusunda eğitim verilir.

6.6.6. Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmiş olup, laboratuvar çalışanlarına her yıl bu konuda eğitim yapılır.

6.7.Analitık Evre: Çalışılan her test için çalışma süreçleri "Laboratuvar Test Bazında Çalışma Rehberi" nde tanımlanmıştır. Rehber her yıl gözden geçirilir ve testlerin çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilir. Revizyon yapıldığında laboratuvar çalışanlarına eğitim yapılır. Rehberde aşağıdaki konular bulunmaktadır.

- Test sürecinde kullanılacak cihazlara ait temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçleri
- Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı ve kontrolü
- Test kalibrasyonları
- İç ve dış kalite kontrol değerlendirme çalışmaları
- Testlerin çalışılma sürecine yönelik detaylı algoritmalar
- Akılcı laboratuvar uygulamaları
- Sonuçların onaylanması

6.7.1. Hazırlanan numuneler ilgili test çalışma talimatlarına göre yetkilendirilmiş tekniker tarafından çalışılır.

6.7.2. Testlerin çalışılmasında ilgili cihazın kullanım talimatına ve "Laboratuvar Test Bazında Çalışma Rehberi" ne göre işlem gerçekleştirilir.

6.7.3. Gelen numuneden eğer laboratuvar dışında bir bölümde de çalışılması gereken test mevcut ise ilgili "Dış Laboratuvara Gönderilen Tetkikler Listesi"nden faydalanılır.

6.7.4. Analizler çalışılır. Dış laboratuvar için ayrılan numuneler testin gerektirdiği şartlar uygun olarak muhafaza edilir. "Numune Toplama ve Taşıma Talimatı"na göre dış laboratuvara transferi sağlanır.

6.8.Hasta Materyallerinin Çalışılması ve Saklanması: Hasta Materyallerinin çalışılması ve saklanması "Hasta Materyalini Çalışma ve Saklama Talimatı"na göre yapılır.

6.9. Post Analitik Evre: Hasta test sonuçları ulusal ve uluslararası standartlara göre düzenlenmiştir. Sonuç raporları düzenlenirken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınır.

6.9.1.Hasta test sonuç raporlarında aşağıdaki bilgiler bulunmaktadır.

- Hastane / laboratuvar adı
- Testin yapıldığı laboratuvar adı
- Hastanın adı, soyadı
- İstemi yapan hekimin adı, soyadı
- İstemin yapıldığı tarih ve saat
- Numunenin ve testin adı
- Numunenin alındığı tarih ve saat
- Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- Sonuç değerinin birimi
- Referans aralığı / değeri ya da karar değeri
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat

- Gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklendiği bölüm

6.9.2. Panik Değer: Panik değerler klinik branş hekimlerinin görüşleri alınarak değişiklik ve düzenleme yapılır. Panik değerler HBYS’de tanımlanmıştır. Test sonucunda HBYS’de panik değer kırmızı/bordo renkli uyarı verir. Laboratuvar teknisyeni tarafından çalışılan testlerin sonuçları, “Panik Değerler Listesi”ne göre değerlendirilir ve “Panik Değer Talimatı”na göre çalışılan testle ilgili işlem yapılır. İlgili hekim telefon ile aranır. Çalışılan testlerde panik değer çıkması halinde; istemi yapan hekimin HBYS ekranında panik değer mesaj uyarısı oluşur. HBYS ekranından panik değer bildirimleri takip edilebilir ve “Laboratuvar Panik Değer Bildirim Formu”na panik değer bildirimleri kaydedilir.

Panik değer bildirim kayıtlarında bulunanlar:

- Hastanın adı, soyadı, protokol numarası, servisi, testin adı
- Panik değer sonucu
- Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
- Bildirimi yapan kişi
- Bildirim yapıldığı tarih ve saat
- Bildirim hangi yolla yapıldığı (telefon, mail, mesaj vb)

Panik Değer ve Bildirim Eğitimi: Laboratuvar çalışanlarına her yıl panik değerler, bildirim ve kayıtları hakkında eğitim verilir.

6.9.3.Test Sonuçlarının Verilme Süreleri: Çalışılan testlerde numune alma, laboratuvar ulaşma, cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları, testin çalışma süresi, tekrar testler, bilimsel gereklilikler ile laboratuvar yoğunluğu hesaplanarak, optimal acil ve normal raporlama süreleri belirlenmiştir. “Laboratuvar Tetkikleri Rutin ve Acil Test Sonuç Raporlama Süreleri Listesi”nde sonuç verilme zamanları belirtilmiştir.

6.9.4. Sonuçların onaylanması: Çalışılan testler Biyokimya Uzmanı tarafından onaylanır ve elektronik imza ile HBYS ‘de onaylanır. Onaylanmayan sonuçlar laboratuvar dışında HBYS ekranlarından ulaşamaz.

6.9.5.Hastaya Test Sonuçlarının Verilmesi: Çalışılan testlerin ne kadar sürede verileceği “Laboratuvar Tetkikleri Rutin ve Acil Test Sonuç Raporlama Süreleri Listesi” ile hastalara duyurulur. Bu liste laboratuvar girişinde hastaların görebileceği bir yerde asılıdır. Herhangi bir nedenler sonuç verme süresinde oluşacak gecikmelerde bildirim yöntemi ilgili listede belirtilmiştir.

Hasta kimlik belgesi ile hastane hasta kabul bankoları ve kan alma biriminden laboratuvar sonuçlarının çıktısını alabilir.

Web sayfasından sonuç alma: Test sonuçlarına hasta kendisi web sayfasından laboratuvar sonuçları segmesinde gerekli kişisel bilgilerini giriş yaparak ulaşabilir.

Sonuçlar hakkında hastalara telefonda kesinlikle bilgi verilmez.

Çalışılan testte herhangi bir problem olmuşsa hastaya ulaşıp gereken açıklamalar yapıp tekrar kan veya materyal verilmesi için laboratuvara davet edilir.

Yatan Hasta Sonuçları: Onaylayan test sonuçları HBYS’de hasta dosyasında hekim ve hemşire ekranından görülebilir gerekirse çıktı alınabilir.

6.10.Laboratuvar test süreçleri: Laboratuvarda çalışılan testlerin analiz öncesi, analiz ve analiz sonrasına yönelik tüm süreçleri LBYS’de izlenebilmektedir.

6.11. Atık Yönetimi: Tüm materyaller ve kullanılan ek malzemelerin bertarafı "Ünite İçi Atık Yönetim Planı" ve "Atık Yönetimi Prosedürü"ne göre gerçekleştirilir. Günlük çalışma sonrası işi biten kan tüplerini, görevli laboratuvar teknisyeni tarafından tıbbi atık kovaasına dökülür.

6.12. Malzeme, Cihaz ve Ekipmanların Kontrolü ve Güvenli Kullanımı: Laboratuvarda bulunan her test cihazının dosyası bulunur. Cihaz dosyasında bulunanlar:

- Cihaz kullanım kılavuzu veya CD'si
- Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları
- Varsa kalite kontrol sonuçları
- Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık vb)
- Firma iletişim bilgileri
- Kullanıcı eğitim sertifikaları

Buzdolabı, derindondurucu, etüv vb cihazların ısı ve nem takibi yapılır.

Malzeme ve cihazların güvenli kullanımı eğitimi: Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımına yönelik her yıl eğitim verilir. Malzemelerin miad kontrolleri ve sayımları yapılır.

Laboratuvara Malzeme Temini: Haftada bir kez laboratuvarın kit ve malzeme ihtiyacı, Laboratuvar Sorumlusu tarafından belirlenir, tedarikçi firmadan mail gönderilerek istekte bulunur.

Haftada bir kez temizlik ve kırtasiye ihtiyaçları depodan HBYS üzerinden servis istek modülünden istek yapılır, sistemde problem olursa; Malzeme İstek Formu ile istenir.

6.13.Kalite Kontrol Çalışmaları: Laboratuvarda iç kalite ve dış kalite kontrol çalışmaları yapılır.

Tüm aşamalarda yapılan kalite kontrollerde uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda "Laboratuvar Kalite Kontrol Prosedürü"ne göre ve "Düzeltilici Önleyici Faaliyet İstek Formu" doldurulur, bildirimde bulunularak gerekli faaliyet başlatılır.

6.13.1.İç Kalite Kontrol Çalışmaları: Testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılır. İç kalite kontrol çalışmalarında kullanılan numuneler, hasta numunelerinin ile aynı sürece tabi tutulur ve aynı yöntemle çalışılır.

İç Kalite Kontrol Sorumlusu: Laboratuvar iç kalite kontrol çalışmalarında, süreçler ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmiştir. İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği kağıt ortamında "Laboratuvar İç Kalite Kontrol Formu" na kaydedilir. Görülen uygunsuzlukların iyileştirilmesinin takibinde "Laboratuvar İnternal Kalite Kontrol ve İyileştirme Takip Formu" kullanılır.

İç Kalite Kontrol Süreç Eğitimi: Laboratuvar çalışanlarına her yıl ve gerektiğinde biyokimya uzmanı tarafından iç kalite kontrol süreci hakkında eğitim verilir.

6.13.2. Dış Kalite Değerlendirme Çalışmaları: Dış kalite değerlendirme çalışmaları anlaşmalı olduğumuz agetide laboratuvar tarafından belirlenen periyotta ve test bazında yapılır. Dış kalite değerlendirme çalışmalarında kullanılacak değerlendirme test numunesi de hasta numuneleri ile aynı süreçten geçirilmeli ve aynı yöntemle çalışılmalıdır

Dış Kalite Değerlendirme Süreç Sorumlusu: Laboratuvarda çalışılan testlerin türüne göre gerekli dış kalite değerlendirmelerinin süreçlerinin takibinden biyokimya uzmanı sorumludur.

Değerlendirme sonuçlarında uygunsuzluk bulunması halinde, kök neden analizi yapılarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. "Laboratuvar External Kalite Kontrol ve İyileştirme Takip Formu" ile takibi yapılır.

6.14. Laboratuvar Temizliği: Laboratuvarın duvar, yer ve yüzey temizlikleri personel tarafından "Laboratuvar Güvenlik Rehberi" ve "Laboratuvar Temizlik ve Dezenfeksiyon Talimatı"na göre yapılarak "Laboratuvar Temizlik Kontrol Formu"na kaydedilir.

6.15. Hastane laboratuvarında çalışılmayan tetkikler için sözleşmeli olan dış laboratuvara gönderilir.

6.16. Laboratuvarda preanalitik, analitik ve post analitik evrede oluşan hatalar "Laboratuvar Hata ve Gösterge İzlem Formu"na kaydedilir. Hatalar analiz edilerek Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü'ne göre düzeltici faaliyetler gerçekleştirilir.

6.17. Hastane İşletim Sistemi'nde problem olması halinde tetkik istemleri manuel olarak "Laboratuvar İstek Formu" doldurularak ilgili birim tarafından ulaştırılır.

6.18. Barkod sisteminin çalışmaması durumunda hasta barkodunda bulunması gereken tüm bilgiler boş etiketlere ilgili sağlık personeli tarafından kaydedilerek numunenin üzerine gerekli bilgiler kaydedilir.

6.19. Laboratuvar tetkik sonuçlarının HBYS üzerinden görülememesi halinde laboratuvar çalışanları tarafından tetkik sonucunun çıktığı ilgili bölüme bildirilir ve ilgili bölüm personeli tarafından sonucun alınması sağlanır.

6.20. Laboratuvarda test cihazları arızalanması halinde "Laboratuvar Cihaz Yönetim Prosedürü"ne göre cihazın en kısa sürede çalışır hale gelmesi sağlanır. Tüm birimlere ve hastalara ilgili testlerin belirlenmiş olan sürelerde çalışılmayacağı, sorunun ne kadar süreceği ve tetkik sonucunun ne kadar sürede çıkacağı bilgileri Laboratuvar Çalışanları tarafından bildirilir.

6.21.Patoloji Numunelerinin Laboratuvara Kabulü ve Gönderimi: "Patoloji Numune Takibi Talimat" na göre yapılır.

6.21.1.Ameliyathaneden patoloji numunesi alımı: Ameliyathanede yapılan işlem sonrası incelemeye gidecek olan patoloji numunesi ameliyathane personeli tarafından ameliyathane patoloji defteri ile beraber laboratuvara uygun patoloji taşıma kabı ile getirilir.

Laboratuvarın patoloji defterine numune kaydı yapılır. Her iki deftere de teslim alan ve teslim eden imzaları atılarak numune kontrol edilerek laboratuvar teknikeri tarafından alınır.

6.21.2.Acil ve Poliklinikten patoloji numunesi alımı: Acil Servisten alınan patoloji numuneleri uygun koşullarda, Acil servis hemşiresi tarafından Patoloji defteri ile laboratuvara getirilir.

Laboratuvar patoloji defterine numunenin kaydı yapılır, her iki deftere teslim eden ve teslim alan kısımları imzalanarak numune laboratuvar teknikeri tarafından teslim alınır.

6.21.3.Laboratuvar Teknikeri tarafından teslim alınacak numune hasta adı soyadı, doktor, numune adeti, alınan organ ya da bölge patoloji istem formu ve numune üzerindeki etiketler kontrol edilir.

6.21.4.Laboratuvar çalışanları tarafından Dışarıdan hizmet alınan patoloji laboratuvarı aranarak teslim edilecek numune bildirilir.

6.21.5.Patoloji numunesi laboratuvarda buzdolabında uygun koşullarda kurye gelene kadar muhafaza edilir. Patoloji laboratuvarından gelen kurye laboratuvar patoloji defterini imzalayarak numuneyi teslim alır.

6.22. Laboratuvar işleyiş süreci esnasında gerekli güvenlik tedbirleri için, "Tehlikeli Madde Yönetimi Prosedürü" ve "Laboratuvar Güvenlik Rehberi"ne göre hareket edilir.

6.23. Laboratuvar Süreçlerinde Gerçekleşen Hatalar ve Bildirimi: Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen istenmeyen olaylar ve ramak kala olaylar "İstenmeyen Olay Bildirimi Güvenlik Raporlama Sistemi İşleyiş Prosedürü" ne göre "Güvenlik Raporlama Sistemi İstenmeyen Olay Bildirim Formu" nda laboratuvar güvenliği olarak bildirimi yapılır.

Kalite birimi tarafından Sağlık Bakanlığı Ulusal Hata Bildirim Sistemi'ne LHSS göre kodlanarak giriş yapılır. Gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenip, analiz edilir ve gerektiğinde iyileştirme faaliyetleri uygulanır.

6.24.Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

6.24.1. Hastalarla ve işleyiş düzeni ile ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılması için duruma uygun olarak "Uygunsuzluk Tespit Yönetimi Prosedürü"ne ve "Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü"ne göre hareket edilir. "Düzeltici Önleyici Faaliyet İstek Formu" doldurulur.

6.23.2.Çalışan ile karşılaşılan kazalarda "Personel Sağlığı Takip Prosedürü"ne göre hareket edilir. "Personel Yaralanmaları Bildirim Formu" veya "Kesici Delici Alet Yaralanması Bildirim Formu" doldurulur.

6.İLGİLİ DOKÜMANLAR

BL.RH.01 Laboratuvar Test Rehberi

BL.TL.01 Kan Alma Talimatı

BL.TL.02 Numune Alma Talimatı

BL.TL.03 Kan Kültürü Alma Talimatı

BL.TL.04 Numune Toplama ve Taşıma Talimatı

BL.FR.29 Numune Transfer Kabı Temizlik ve Dezenfeksiyon Kayıt Formu

BL.LS.03 Laboratuvar Numune Kabul ve Red Kriterleri Listesi

BL.FR.03 Reddedilen Numune Kayıt ve Takip Formu

BL.RHB.04 Laboratuvar Test Bazında Çalışma Rehberi

BL.TL.09 Etüv Kullanma Talimatı

BL.TL.05 Hasta Materyalini Çalışma ve Saklama Talimatı

EN.TL.12 Kan ve Vücut Sıvıları Dökmeleri ve Sıçramaları Temizliği Talimatı

BL.TL.07 Mikroskop Kullanma Talimatı

BL.TL.08 Santrifuj Kullanma Talimatı

BL.TL.10 Benmari Kullanma Talimatı

BL.FR.01 Laboratuvar İstek formu

BL.TL.06 Panik Değer Talimatı

BL.LS.01 Panik Değerler Listesi

BL.FR.02 Laboratuvar Panik Değer Bildirim Formu

İY.FR.01 Isı ve Nem Kontrol Formu

İY.FR.10 İlaç ve Malzeme İstek Formu

BL.LS.04 Laboratuvar Tetkikleri Rutin Ve Acil Test Sonuç Raporlama Süreleri Listesi

BL.PR.02 Laboratuvar Kalite Kontrol Prosedürü

BL.FR.22 Laboratuvar İç Kalite Kontrol Formu

BL.FR.25 Laboratuvar İnternal Kalite Kontrol ve İyileştirme Takip Formu

BL.FR.07 Laboratuvar External Kalite Kontrol ve İyileştirme Takip Formu

AY.PL.01 Ünite İç Atık Yönetim Planı

AY.PR.01 Atık Yönetim Prosedürü

BL.TL.14 Laboratuvar Temizlik Ve Dezenfeksiyon Talimatı

BL.FR.12 Laboratuvar Temizlik Kontrol Formu

BL.TL.13 Patoloji Numune Takibi Talimatı

BL.FR.08 Laboratuvar Hata ve Gösterge İzlem Formu

YÖN.PR.11 İstenmeyen Olay Bildirimi Güvenlik Raporlama Sistemi İşleyiş Prosedürü

YÖN.FR.06 Güvenlik Raporlama Sistemi İstenmeyen Olay Bildirim Formu

YÖN.PR.05 Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü

YÖN.PR.06 Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü

YÖN.PR.19 Personel Sağlığı Takip Prosedürü

EN.FR.01 Personel Yaralanmaları Bildirim Formu

İND.FR.07 Kesici Delici Alet Yaralanması Bildirim Formu

YÖN.FR.03 Uygunsuzluk Tespit Formu

YÖN.FR.07 Düzeltici Önleyici Faaliyet İstek Formu

Laboratuvar Patoloji Defteri

Ameliyathane Patoloji Defteri

Acil Servis Patoloji Defteri

Patoloji istem formu (dış form)