

BV.

BẢNG KIỂM TRA AN TOÀN TRUYỀN MÁU TẠI CƠ SỞ SỬ DỤNG MÁU

Nội dung	Có	Không	Ý kiến khác
I. Cơ sở điều trị khi lãnh máu, chế phẩm máu phải			
1. Có hợp đồng trách nhiệm cung cấp máu? <i>Bằng chứng: xem HĐ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Cử nhân viên y tế đến lãnh máu? <i>Bằng chứng: sổ giao nhận máu, bảng phân công</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Có phiếu dự trữ, cung cấp máu và chế phẩm máu theo quy định? <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Có phương tiện bảo quản, vận chuyển máu và chế phẩm máu phù hợp? <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Có thực hiện lấy máu toàn phần, chiết tách tiểu cầu (gạn tách bằng máy) tại bệnh viện hay không? Nếu có, thì: - Số lượng đơn vị máu lấy/1 tháng, năm, - Số lượng tiểu cầu lấy...../1 tháng, năm - Kỹ thuật xét nghiệm sàng lọc thực hiện cho đơn vị máu, tiểu cầu thu thập, chiết tách tại bệnh viện? kỹ thuật Xét nghiệm, loại máy, hóa chất sử dụng? (xem thực tế nếu đoàn kiểm tra đến BV) - Quản lý người hiến máu, hiến tiểu cầu? Hồ sơ người hiến, bản giấy, phần mềm nếu có. (xem thực tế nếu đoàn kiểm tra đến BV) - Trang thiết bị, dụng cụ thực hiện chiết tách, bảo quản, lưu trữ? (xem thực tế nếu đoàn kiểm tra đến BV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II. Trách nhiệm của Khoa xét nghiệm/Ngân hàng máu Bệnh viện			
A. Quản lý bảo quản Máu và Chế phẩm máu ở Khoa Xét nghiệm/ Ngân hàng máu Bệnh viện			
1. Có tủ lạnh chuyên dụng bảo quản máu, chế phẩm máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Có theo dõi nhiệt độ tủ lạnh bảo quản? Bảng theo dõi nhiệt độ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Có thiết bị chuyên dụng giải đông chế phẩm tủa lạnh, HTĐL...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Các đơn vị chế phẩm máu đông lạnh:			
a) Có kiểm tra hiện tượng nứt, vỡ túi, dây trước khi giải đông và sau giải đông	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Có đủ phương tiện giải đông?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Có quy trình hủy các chế phẩm máu nếu nghi ngờ túi kém chất lượng hoặc (do người bệnh phản ứng, quá hạn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Trách nhiệm xét nghiệm trước truyền máu			
1. Định nhóm máu hệ ABO:			
a) Có định nhóm máu hệ ABO của mẫu máu người bệnh theo PP huyết thanh mẫu và PP hồng cầu mẫu? <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Có định nhóm máu hệ ABO của đơn vị máu (HCL, HCR, MTP) theo PP huyết thanh mẫu? <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>			
c) Có định nhóm máu ABO cho chế phẩm tiểu cầu, huyết tương, tủa lạnh theo PP hồng cầu mẫu? <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Có định nhóm máu hệ Rh của mẫu máu người bệnh? <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Khi nghi ngờ người bệnh nhóm máu RhD âm thì sử dụng kỹ thuật chống globulin để khẳng định? <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Thực hiện xét nghiệm hoà hợp:			
a) Máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu: - Có xét nghiệm hoà hợp: + Giai đoạn nước muối?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
+ Giai đoạn AHG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kỹ thuật?:.....			
b) Chế phẩm tiểu cầu, huyết tương: - Có xét nghiệm hoà hợp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kỹ thuật?:.....			
c) Bảo đảm hòa hợp miễn dịch trong một số trường hợp cấp cứu: - Nếu có trường hợp cấp cứu mà không kịp làm đầy đủ xét nghiệm theo quy định theo TT 26/2013/TT-BYT, cơ sở điều trị có: + <i>Văn bản đồng ý của BS điều trị?</i> + <i>Biên bản Hội chẩn (đồng ý của BS điều trị, BS ngân hàng máu, hoặc Hội đồng truyền máu)?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Sàng lọc và định danh KTBT			
a) Có xét nghiệm sàng lọc KTBT bệnh nhân truyền máu nhiều lần (>5 lần) không? Bằng chứng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Có định danh KTBT trong trường hợp sàng lọc KTBT dương tính?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Khi người bệnh có kháng thể bất thường đã được định danh, có chỉ định lựa chọn đơn vị máu phù hợp, không có các kháng nguyên tương ứng với các kháng thể đã có trong huyết thanh của người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Có trường hợp không thể định danh kháng thể bất thường hoặc không tìm được đơn vị máu phù hợp? Nếu có, xử lý như thế nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kiểm tra trước khi phát máu			
a) Có kiểm tra đơn vị máu trước khi cấp phát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Có kiểm tra, đối chiếu nhóm máu ABO, Rh, kết quả phản ứng chéo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Quản lý hồ sơ cấp phát máu			
a) Phiếu dự trữ, cung cấp máu và chế phẩm máu? xem HS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Báo cáo tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu? xem HS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Hồ sơ ghi kết quả định nhóm máu, phản ứng hoà hợp, sàng lọc và định danh kháng thể bất thường? xem HS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Có lưu trữ mẫu máu của đơn vị máu, chế phẩm máu và mẫu máu người bệnh? (trên 5 ngày, 2-6 ⁰ C) <i>Bằng chứng: quan sát thực tế</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
III. Truyền máu trong điều trị lâm sàng:			
1. Có quy trình truyền máu lâm sàng chuẩn được phê duyệt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Có trang bị phương tiện, dụng cụ, thuốc để thực hiện truyền máu và xử trí kịp thời khi xảy ra tai biến? Bằng chứng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Có kế hoạch dự trữ máu, chế phẩm máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Có áp dụng các biện pháp đảm bảo an toàn cho người bệnh truyền máu:			
a) Điều dưỡng có xác nhận, đối chiếu thông tin của người bệnh nhận máu và đơn vị chế phẩm máu được truyền, nhóm máu, kết quả phản ứng hoà hợp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Điều dưỡng thực hiện đúng quy trình kỹ thuật truyền máu đã được phê duyệt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ghi mã số nhận dạng đơn vị máu, chế phẩm máu vào hồ sơ đảm bảo khả năng truy nguyên khi cần thiết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Thực hiện và theo dõi truyền máu			
a) Bác sỹ điều trị và điều dưỡng viên có thực hiện kiểm tra, đối chiếu, định nhóm máu, theo dõi truyền máu, phát hiện, xử trí kịp thời các bất thường, tai biến không mong muốn xảy ra trong và sau truyền máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Có thực hiện kiểm tra, đối chiếu:			
- Có đối chiếu thông tin của người bệnh, đơn vị máu và phiếu truyền máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Có kiểm tra hạn sử dụng và hình thức bên ngoài túi máu theo quy định?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Định nhóm máu tại giường: (Kiểm tra thực tế và hồ sơ lưu)			
a) Có định nhóm máu ABO của bệnh nhân và đơn vị máu trước truyền?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Khi truyền chế phẩm tiểu cầu, huyết tương, có định nhóm máu ABO của người bệnh và làm phản ứng chéo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Có theo dõi thường xuyên và ghi chép đầy đủ các dấu hiệu sinh tồn, phản ứng của người bệnh: huyết áp, mạch, nhiệt độ trước truyền máu, định kỳ trong và sau truyền máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Có theo dõi sát người bệnh tối thiểu trong vòng 15 phút đầu của cuộc truyền?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Có sử dụng các loại dung dịch, thuốc vào cùng đường truyền với đơn vị máu, chế phẩm máu trong khi truyền cho bệnh nhân? (<i>ngoại trừ bổ sung dung dịch muối đẳng trương vào khối hồng cầu</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Có tư vấn trước mục đích và các tai biến truyền máu cho NB không? Bằng chứng: xem HS lưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Có thông báo các tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu cho Hội Đồng Truyền máu bệnh viện để phối hợp xử trí kịp thời?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Có báo cáo các tác dụng không mong muốn có liên quan đến truyền máu? <input type="checkbox"/> Phòng Kế hoạch Tổng hợp; <input type="checkbox"/> Hội đồng Truyền máu bệnh viện; <input type="checkbox"/> Ngân hàng máu. <i>* Lưu ý: Báo cáo tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu theo mẫu số 11, TT 26</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IV. Quản lý bảo quản máu và chế phẩm máu ở các khoa lâm sàng			
1. Có truyền đơn vị máu ngay (trong vòng 30p) sau khi nhận về từ khoa/phòng xét nghiệm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Có tủ lạnh chuyên dụng bảo quản máu, chế phẩm máu? Có theo dõi nhiệt độ tủ lạnh bảo quản? Bằng theo dõi nhiệt độ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
V. Tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu			
1. Có hồ sơ ghi nhận những trường hợp tai biến truyền máu tại khoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Nếu xảy ra tai biến truyền máu:			
a) Có thể hiện trên hồ sơ bệnh án phần đối chiếu thông tin người bệnh, nhãn đơn vị máu đã truyền, phiếu truyền máu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b) Có xảy ra trường hợp tai biến nào nặng hay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Trong trường hợp xảy ra tai biến nặng, trong hồ sơ bệnh án có thể hiện việc kiểm tra nhãn và thông tin nhóm ABO ngay tại giường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Có xác nhận của bác sĩ điều trị, lãnh đạo cơ sở điều trị, người thực hiện kỹ thuật định nhóm máu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Kết quả các xét nghiệm hoà hợp, xét nghiệm sàng lọc kháng thể bất thường có được thể hiện trong hồ sơ bệnh án không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Cơ sở truyền máu có thực hiện điều tra nguyên nhân bất đồng miễn dịch và nguy cơ biến tính của đơn vị máu đã truyền không? Bằng chứng thực hiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Cơ sở truyền máu có thực hiện kiểm tra các loại dung dịch, thuốc được tiêm truyền trong khoảng thời gian ngay trước khi xuất hiện dấu hiệu bất thường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Trong hồ sơ bệnh án có thực hiện mô tả tóm tắt biểu hiện và tiến triển lâm sàng (dấu hiệu đầu tiên, thời điểm xuất hiện, diễn biến và xử trí...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VI. Giám sát nguy cơ trong truyền máu			
1. Có triển khai giám sát nguy cơ truyền máu theo Phụ lục 13 Thông tư 26/2013/TT-BYT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Có phát hiện, kiểm tra, xử lý, tổng hợp và báo cáo mọi bất thường xảy ra trong hoạt động truyền máu? Bằng chứng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VII. Hội đồng Truyền máu			
1. Có thành lập Hội đồng truyền máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Thành phần Hội đồng Truyền máu có đúng theo quy định không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Có quy chế hoạt động của Hội đồng? Quy định rõ chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hội đồng có họp định kỳ? Biên bản?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIII. Tài liệu, Hồ sơ và chế độ báo cáo			
1. Có các tài liệu trong nhóm công việc sau:			
- Nhận bàn giao các chế phẩm máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Lưu trữ, bảo quản các chế phẩm máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Cấp phát chế phẩm máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Quản lý tồn kho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Các xét nghiệm cấp phát máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sử dụng các loại thiết bị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Lưu giữ hồ sơ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng máu			
- Phiếu giao nhận máu, chế phẩm máu;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Phiếu trả máu, chế phẩm máu (nếu có).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Phiếu dự trữ máu, chế phẩm máu;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sổ cấp phát máu, chế phẩm máu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Loại, lô, hạn sử dụng, kiểm tra chất lượng sinh phẩm xét nghiệm;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kết quả định nhóm máu và xét nghiệm hòa hợp miễn dịch;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kết quả xét nghiệm sàng lọc và định danh kháng thể bất thường (nếu có).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Hồ sơ liên quan đến sử dụng máu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: sổ dự trữ, cấp phát máu, chế phẩm máu và phiếu truyền máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Hồ sơ liên quan đến việc xử lý khi có tai biến liên quan đến truyền máu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

