

| | |
|---|--|
| กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 | FND – 036 |
| แบบประเมินคุณภาพ : การปฏิบัติเรื่องการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด | แก้ไขครั้งที่ 3 วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2561 |

วัตถุประสงค์ - เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

เกณฑ์การประเมิน - บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดถูกต้องร้อยละ 100

วิธีการประเมิน 1 : สัมภาษณ์ 2 : สังเกต 3 : ตรวจสอบ

หอผู้ป่วย / หน่วยงานแผนกพยาบาล.....

| ลำดับ | กิจกรรม | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | N/A | วิธีประเมิน | | |
|-------|--|---------|------------|-----|-------------|---|---|
| | | | | | 1 | 2 | 3 |
| 1 | ขั้นตอนการขอ-รับ เลือดและส่วนประกอบของเลือด | | | | | | |
| 1.1 | การขอเลือดฯ | | | | | | |
| 1.1.1 | ตรวจสอบคำสั่งการขอ-รับ เลือดและส่วนประกอบของเลือดและประวัติการให้เลือดฯ | | | | | | |
| 1.1.2 | ตรวจสอบชื่อ-สกุล, HN, ที่เวชระเบียนให้ตรงกับชื่อ-สกุลที่สติ๊กเกอร์สำหรับติดหลอดเลือด, ใบจองเลือด (รพ.ร.ร.6 N-11) | | | | | | |
| 1.1.3 | กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติที่ข้างเตียงผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวัตถุประสงค์ของการ การให้เลือด / ส่วนประกอบของเลือด และลงนามในใบยินยอมฯ | | | | | | |
| 1.1.4 | สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตรวจสอบให้ตรงกับ ป้ายข้อมือ, สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย, ใบจองเลือด | | | | | | |
| 1.1.5 | เจาะเลือดโดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นพยาน | | | | | | |
| 1.1.6 | ลงลายมือชื่อผู้เจาะเลือดที่สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยและติดที่หลอดเลือด | | | | | | |
| 1.1.7 | ลงลายมือชื่อผู้เจาะเลือด และ พยาน ในใบจองเลือด | | | | | | |
| 1.1.8 | ลงบันทึกในสมุดส่งสิ่งส่งตรวจ ไว้เพื่อเป็นหลักฐาน ก่อนนำส่งธนาคารเลือด | | | | | | |
| 1.1.9 | บันทึกการเจาะเลือดเพื่อจองเลือด / ส่วนประกอบของเลือดลงใน เอกสารทางการพยาบาล | | | | | | |
| 1.2 | การรับเลือดฯ | | | | | | |
| 1.2.1 | กรอกข้อมูลการขอรับเลือด ฯ ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา | | | | | | |
| 1.2.2 | กรณีผู้ป่วยไม่เคยได้รับเลือดฯใน รพ.ร.ร.6 กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติที่ข้างเตียงผู้ป่วย - สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตรวจสอบให้ตรงกับ ป้ายข้อมือ, สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย, แบบขอรับฯ - เจาะเลือดปลายนิ้วของผู้ป่วยใส่ Capillary tube โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นพยาน - ลงชื่อพยาบาลผู้เจาะเลือดที่สติ๊กเกอร์ผู้ป่วย, ติดสติ๊กเกอร์ที่ช่องใส่ Capillary tube - ลงชื่อผู้เจาะเลือดและพยานในแบบขอรับฯ และ นำ Capillary tube พร้อมแบบขอรับฯ ส่งธนาคารเลือดเพื่อ Recheck blood group | | | | | | |
| 1.2.3 | เมื่อเลือดมาถึงหอผู้ป่วย / หน่วย/OPD พยาบาลผู้รับเลือดต้องตรวจสอบ 3 แห่ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน 7 อย่าง ถ้าพบว่าข้อมูลไม่ถูกต้องให้ส่งคืนธนาคารเลือดทันที ถ้ายังไม่ได้ใช้เลือดทันทีให้นำไปเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 2-8 องศา (ยกเว้น <u>ส่วนประกอบของเลือดที่ละลายมาแล้วให้ไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิห้อง</u>) | | | | | | |

| กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 | | FND – 036 | | | | | |
|---|---|--|------------|-----|-------------|---|---|
| แบบประเมินคุณภาพ : การปฏิบัติเรื่องการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด | | แก้ไขครั้งที่ 3 วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2561 | | | | | |
| ลำดับ | กิจกรรม | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | N/A | วิธีประเมิน | | |
| | | | | | 1 | 2 | 3 |
| 2 | ขั้นตอนการตรวจสอบเลือดและส่วนประกอบของเลือด | | | | | | |
| 2.1 | ตรวจสอบคำสั่งการรักษาโดย ตรวจสอบข้อมูลจาก 3 แห่ง(ใบขอรับเลือดฯ ใบคลังเลือดฯ และป้ายข้างถุงเลือดฯ)และตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน 7 อย่าง(ชื่อ, นามสกุล, HN, หมู่เลือด, Rh, Unit number และ Expired date) | | | | | | |
| 2.2 | พยาบาลสอบทานซ้ำตามข้อ2.1 | | | | | | |
| 2.3 | ไม่ ผสมยา, สารน้ำใดๆ เข้าไปในชุดให้เลือด ยกเว้นการผสมน้ำ NSS ใน Cryoprecipitate | | | | | | |
| 2.4 | ให้เลือดทันทีที่นำมาจากรถนำเลือด หรืออาจนำมาวางพักสักครู่ก่อนให้ผู้ป่วย แต่ไม่เกิน 30 นาที ห้ามอุ่นเลือด ยกเว้นผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดจำนวนมากในระยะเวลาอันสั้น ต้องอุ่นเลือดโดยใช้เครื่องอุ่นเลือดเท่านั้น ถ้าไม่มีเครื่องอุ่นเลือดให้ประสานกับธนาคารเลือด (เลือดที่อุ่นแล้ว ถ้าไม่ได้ให้ผู้ป่วยจะคืนธนาคารเลือดไม่ได้) | | | | | | |
| 3 | ขั้นตอนการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด | | | | | | |
| 3.1 | แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจะให้เลือดแก่ผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูลจาก 3 แห่ง ให้ถูกต้องตรงกัน 7 อย่าง, ถามหมู่เลือดของผู้ป่วย (ในกรณีผู้ป่วยทราบหมู่เลือด) พร้อมแขวนป้ายระบุหมู่เลือดที่เตียงผู้ป่วย | | | | | | |
| 3.2 | ถ้าผู้ป่วยบอกหมู่เลือดไม่ตรงกับหมู่เลือดที่ได้จากรถนำเลือด หรือมีการทักท้วงเกี่ยวกับการให้เลือด ให้หยุดปฏิบัติการให้เลือดทันที | | | | | | |
| 4 | ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด | | | | | | |
| 4.1 | ตรวจสอบสัญญาณชีพ (T, BP, PR, RR) หลังการให้เลือด / ส่วนประกอบของเลือด ดังนี้ - ก่อนให้เลือด (ไม่ควรเกิน 4 ชม.) - ทุก 10 นาที X 2 ครั้ง - ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง | | | | | | |
| 4.2 | กรณีให้เลือด (Red cell) หลายunit ตรวจสอบสัญญาณชีพตามขั้นตอน 4.1 ซ้ำทุก unit | | | | | | |
| 4.3 | การให้เลือดฯต้องให้ผ่านชุดให้เลือดเท่านั้น กรณีให้ Whole Blood หรือ Red Blood cell ชุดให้เลือดใช้ได้ไม่เกิน4 ชม. ส่วนประกอบของเลือดให้เปลี่ยนชุดให้เลือด 1 Set /Unit | | | | | | |
| 5 | ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อพบอาการแทรกซ้อนขณะได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด | | | | | | |
| 5.1 | สังเกตปฏิกิริยาที่เกิดจากการให้เลือด และ บันทึกลงในเอกสารทางการแพทย์ | | | | | | |
| 5.2 | หยุดให้เลือดเมื่อพบอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือดและให้ normal saline keep vein open | | | | | | |
| 5.3 | เมื่อแพทย์ยืนยันให้เลือดถุงเดิม ให้รับการไหลให้ช้าลง และปฏิบัติในข้อ 5.2, 5.3 พร้อมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด | | | | | | |

ผู้ถูกประเมิน ผู้ประเมิน วันที่

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....