

فرم گزارش عدم انطباق ارخداد مرتبط با آزمایشگاه

لطفا فرم زیر با دقت و بطور کامل تکمیل نموده و یک نسخه از آن را به آزمایشگاه مرجع سلامت ارسال فرمایید

دانشگاه/مرکز گزارش کننده:

فرد گزارش کننده:

تاریخ گزارش:

محل وقوع عدم انطباق ارخداد:

تاریخ وقوع عدم انطباق ارخداد:

لطفا نوع عدم انطباق ارخداد را در فهرست مشخص نموده و مستندات مرتبط را پیوست نمایید. در صورتیکه عدم انطباق ارخداد در فهرست وجود ندارد آن را در بخش موارد دیگر وارد نمایید.

پیش از آزمایش	مرحله آزمایش	پس از آزمایش	موارد دیگر
<input type="checkbox"/> خطا در ثبت اطلاعات بیمار در فرم یا سامانه <input type="checkbox"/> خطا در ثبت آزمایشات مورد تقاضا (حذف یا اشتباه در خوانش آزمایش) <input type="checkbox"/> خطا در انتخاب نوع ظرف جمع آوری نمونه <input type="checkbox"/> خطا در برجسب نمونه یا قاعد برجسب بودن آن <input type="checkbox"/> تاخیر در انتقال نمونه به آزمایشگاه <input type="checkbox"/> انتقال نمونه در شرایط نامناسب (عدم استفاده از بسته بندی استاندارد یا شرایط دمایی نامناسب) <input type="checkbox"/> خالی بودن یا نشب ظرف نمونه	<input type="checkbox"/> عدم انجام آزمایش <input type="checkbox"/> تاخیر در انجام آزمایش یا گزارش نتیجه <input type="checkbox"/> ناقص انجام شدن آزمایش <input type="checkbox"/> نامعتبر بودن نتیجه <input type="checkbox"/> آزمایش (عدم انطباق با کنترل کیفیت)	<input type="checkbox"/> تاخیر با عدم گزارش <input type="checkbox"/> بموقع نتایج <input type="checkbox"/> عدم گزارش سریع نتایج <input type="checkbox"/> بحرانی (تماس تلفنی) <input type="checkbox"/> نتایج به محل نادرست <input type="checkbox"/> ارسال یا گزارش شود	<input type="checkbox"/> مشکل سیستم مدیریت اطلاعات <input type="checkbox"/> مشکلات مربوط به تجهیزات <input type="checkbox"/> تامین کیت و مواد مصرفی <input type="checkbox"/> آتیارش نامناسب کیتها و معرفهای آزمایشگاهی سرپر:

شرح مختصر عدم انطباق ارخداد:

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

گزارش بررسی اولیه و اقدام فوری جهت رفع موارد عدم انطباق ارخداد:

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

ارزیابی عملکرد آزمایشگاههای شبکه دانشگاهی (نوروز 1396)

نام دانشگاه	نام دانشگاه
نام بیمارستان / آزمایشگاه	
تاریخ معرفی	
اساسی معیشت	
نم مسئول / مسئولین فنی	
نام اثر اد کلیدی ملاقات شده در بیمارستان	

	<p>گزارش بررسی جامع و اقدامات اصلاحی/بیشگیرانه جهت عدم وقوع مجدد موارد عدم انطباق ارخداد:</p>	
	<p>گزارش اطلاع رسانی بموقع و کامل به کلیه ذینفعانی که عدم انطباق ارخداد به آنها مربوط میشود:</p>	
	<p>گزارش اقدامات نهایی شامل پایش برای اطمینان از عدم وقوع مجدد عدم انطباق ارخداد:</p>	

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا