

**تاریخ بازنگری: 7/4/1400**

**چک لیست پایش ونظارت آزمایشگاههای حوزه معاونت بهداشتی**

**دانشگاه علوم پزشکی تبریز**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام شهرستان : نام آزمایشگاه : سطح آزمایشگاه : | | | | | | |
| تاریخ تکمیل : مساحت فضای آزمایشگاه : | | | | | | |
| متوسط تعداد پذیرش ماهانه : متوسط تعداد آزمایش انجام یافته ماهانه : | | | | | | |
| متوسط مبلغ کارکرد ماهانه به ریال ، نقدی : رایگان : سهم سازمان : جمع کل : | | | | | | |
| تلفن ثابت : شماره همراه مسئول آزمایشگاه : نمابر : | | | | | | |
| آدرس پستی آزمایشگاه : | | | | | | |
| **دامنه فعالیت آزمایشگاه** | | | | | | |
| O غربالگری نوزادان O سل ( مستقیم ) O بیمه روستایی  O موادمخدروروان گردان O سل ( کشت ) O آب  O سالمونلا وشیگلا O تالاسمی O مالاریا  O کارت بهداشتی O دیابت O سایر  O مادران باردار O التور | | | | | | |
| **مشخصات پرسنل شاغل درآزمایشگاه** | | | | | | |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | مدرک تحصیلی | تاریخ شروع به خدمت | نیروی فنی | نیروی غیرفنی | توضیحات |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **فضا وتاسیسات ( 280 )** | | | | | | | | |
| 1 | آیا O ارتفاع سقف آزمایشگاه مناسب ، O کف اتاق شستشو دارای کف شوی ، O دیوارها و درب های آزمایشگاه تا ارتفاع 5/1 متر قابل شستشو هستند؟ | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | آیانورآزمایشگاه کافی ویکنواخت ( مطابق بادستورالعمل فضاوتاسیسات ) می باشد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آیاسیستم تهویه آزمایشگاه مطلوب بوده ومانع تجمع گازهاوبخارات نامطبوع ومضر می گردد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | آیاO ترانس تنظیم کننده برق ( استابلایزر ) وO UPSدرآزمایشگاه موجود است؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | آیاسیستم سرمایش وگرمایش مناسب (26 – 18)درآزمایشگاه تعبیه شده است؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا سطح میزهای کارقابل ضدعفونی ومقاوم به اسید وقلیا می باشند؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | آیا دستگاههای برقی خصوصا آنهایی که دارای رطوبت هستند ویا به نوسانات جزئی برق شهری حساسند،دارای سیم اتصال به زمین هستند؟ ( وجودچاه ارت وداشتن سیم ارت درپریزهای آزمایشگاه ) | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | آیا محل انجام آزمایش ازکابینت بندی (زمینی ودیواری) مناسبی برخورداراست؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 280 |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان آزمایشگاه ( 100 )** | | | | | | | | |
| 9 | آیا آزمایشگاه دارای مسئول فنی واجد شرایط می باشد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | آیادرآزمایشگاه نمودارسازمانی کارکنان که سلسله مراتب پست های مختلف وارتباط آنهارابایکدیگرمشخص کند،موجوداست؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | آیاهمه کارکنان پرونده پرسنلی مطابق باآنچه در"الزامات کارکنان" آمده دارند؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | آیاپرسنل دردوره های آموزشی مرتبط O شرکت وOمستندات مربوطه وجوددارد؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | آیا تعداد پرسنل متناسب با: O چارت تشکیلاتی وO حجم کاری می باشد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **فرایند قبل ازانجام آزمایش ( پذیرش ونمونه گیری ) ( 200 )** | | | | | | | | |
| 14 | آیا آزمایشگاه دارایO سیستم سخت افزاری وOنرم افزاری مناسب جهت پذیرش وپاسخ دهی می باشد ؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | آیاشرایط و آگاهی های لازم مربوط به آمادگی بیمار قبل ازنمونه گیری ،Oجهت آزمایشات خاص،O جمع آوری نمونهO مکتوب وO به مراجعین تفهیم می شود؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | آیادربخش نمونه گیری :O پدالکل ایزوپروپانلO کپسول اکسیژنO تخت معاینهOصندلی نمونه گیری Oسیفتی باکسOمیکسر وجوددارد؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | آیا از ظروف مناسب و استاندارد جهت تهیه نمونهO ادرار ،O مدفوع وO خلط استفاده می گردد؟ | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | آیا حریم خصوصی بیمارازنظر فضای فیزیکی هنگام نمونه گیری درآزمایشگاه حفظ می گردد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | آیا تمهیداتی برای تماس با بیمار درموارد ضروری پیش بینی شده است ؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | آیادستورالعمل نمونه گیری مطابق باآنچه در"اصول مستندسازی "آمده مکتوب شده است؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | آیاO فهرست آزمایش ها وO تعرفه خدماتی که آزمایشگاه پذیرش می کند وجود دارد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | رضایت مراجعه کنندگان ازنحوه ارائه خدمات آزمایشگاه ( از 3 نفر بطور راندوم مصاحبه می شود )   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | تعدادنفر | مراجعه جهت | ازنحوه ارائه خدمات | | علت عدم رضایت وپیشنهاد | | رضایت دارد | رضایت ندارد | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 45 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **حفاظت و ایمنی در آزمایشگاه ( 260 )** | | | | | | | | |
| 23 | آیاO مسئول ایمنی در آزمایشگاه مشخص شده وO دستورالعمل ایمنی توسط کارکنان اجرا می شود؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 24 | آیا در بخش هایی ازآزمایشگاه که در تماس مستقیم با نمونه بیمار استO دستشویی وجود داشته و Oدارای صابون مایع می باشد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | آیاوسایل حفاظت فردی اولیه مانند: OروپوشO دستکش یکبارمصرفO ماسک وO عینک موجودبوده وOمورداستفاده قرارمی گیرد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | آیانظافت وبهداشت محیط آزمایشگاهOرعایت، وO برنامه ای برای نظافت محیط بااستفاده ازموادووسایل مناسب (مانند محلول هیپوکلریت 5% )وجوددارد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | آیاO دوش اظطراری ،Oچشم شوی،Oجعبه کمکهای اولیه،O کپسول اطفاء حریق باتاریخ کارکرد معتبردرآزمایشگاه وجوددارد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | آیاپس ماندهای تیزوبرنده مانندO سرسوزن ، لام ولامل ، لوازم شیشه ای شکسته ، تیغ اسکالپل، نوک سمپلرو... درO Safety Box ریخته شده وO قبل ازدفع ، آلودگی زدایی ( اتوکلاو ) ، وOزباله های آزمایشگاه بموقع واصولی دفع می گردند ؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | آیا پنجره هایی که به فضای آزاد بازمی شوند ، دارای توری هستند؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | آیاایمنی کارکنان دربرابرO هپاتیت B ،O هپاتیت C وOHIV ارزیابی شده وOسوابق آن وجوددارد ؟(واکسن هپاتیت B برای کارکنان غیرایمن تزریق وسوابق باید موجودباشد ) | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | آیاO ظرف آشغال دربدار وO کیسه مقاوم جهت دفع زباله ها وجوددارد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | آیا سوابق ثبت و پیگیری حوادث مخاطره آمیز وجود دارد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 260 |  |  |  |  |  |  |
| **تجهیزات وپشتیبانی ( 280 )** | | | | | | | | |
| 33 | آیا تجهیزات آزمایشگاه درمحلهای مناسب ( به دور از تشعشع ، لرزش ، رطوبت و ... ) قرارگرفته اند؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | آیاO یخچال به تعداد مورد نیاز در بخشها موجود بوده و بر اساس دستورالعملO فاقد مواد خوراکی میباشد؟ ( یخچال بخش های فنی از یخچال دارای مواد خوراکی و آشامیدنی کارکنان باید به صورت جداگانه باشد ) | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 35 | آیاO فردیاافرادمجازبرای کاربا هردستگاه مشخص و همچنینO فرد جانشین تعیین شده وجهت کاربری به آنهاO آموزش لازم داده شده است؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 36 | آیاتمام تجهیزات دارایO برگه شناسنامه ،O دستورالعمل فنی وO Log Book در کنار تجهیز می باشند؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | آیا سوابق مربوط بهOخرید تجهیزات موجود بوده وOتجهیزات فوق دارای تاییدیه معتبر می باشند؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | آیا پس از خرید و استقرار تجهیزات نو صحت عملکرد دستگاه با استفاده از کنترل های مناسب و یا روش های درج شده در بروشور مورد ارزیابی قرار گرفته است؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | آیاO سوابق مربوط به سرویس یا تعمیر تجهیزات ( تاریخ خروج از کار ، تاریخ سرویس یا تعمیر ، نحوه ضد عفونی قبل از ارسال ، شرح تنظیمات و تعمیرات انجام شده ) موجود بوده و پس ازO سرویس و یا تعمیر و قبل از ورود به جریان کار آیا عملکرد فنی دستگاه با استفاده از کنترل های مناسب و یا روش های درج شده در بروشور مورد ارزیابی قرار گرفته است؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | نام تجهیزات خریداری شده در سال گذشته :  تجهیزات مورد نیاز :  تجهیزاتی که کارایی لازم را ندارند: | - |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 280 |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **خرید وانبارش ( 80 )** | | | | | | | | |
| 41 | آیا برای اقلام مصرفی درآزمایشگاه نقطه سفارش تعیین شده است؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | آیاO فهرست تامیین کنندگان ( فروشندگان ) کیت ها ، فرآورده ها وتجهیزات آزمایشگاهی که مورد ارزیابی قرارگرفته وخرید ازآنها مورد تایید است ، وجودداشته وO کیتهای پس از خرید بصورت راندوم مورد کنترل قرار می گیرند؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | آیا نگهداری مواد ومحل انبارش مواد یخچالی / فریزری وغیر یخچالی واسید ها و... اصولی وصحیح می باشد ؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **فرایند انجام آزمایش ( 100 )** | | | | | | | | |
| 44 | آیادستورالعمل های انجام آزمایش ( SOP )دربخشهای مختلف آزمایشگاه وجوددارد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | آیا به تاریخ مصرف محلول ها ، معرف ها ، کیت ها وموادمصرفی ازقبیل سرنگ ها، دیسکهای آنتی بیوگرام ، پودرها ومحیط های کشت میکروبی و... به دقت توجه می گردد ؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | آیاO تاریخ ، Oساعت وO نام فرد انجام دهنده آزمایشO در هر سری کاری ثبت می گردد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **مادران ( 100 )** | | | | | | | | |
| 47 | آیا آزمایشات مادران باردار ، مطابق با دستورالعمل های مربوطه انجام می شود ؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | آیا درصورت عدم انجام هریک ازآزمایشها ، نسبت به رفع موانع جهت انجام آزمایش ، اقدام لازم معمول گردیده است؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **هماتولوژی و تالاسمی ( 600 )** | | | | | | | | |
| 49 | آیاجهت ضدانعقادازنمک دی پتاسیم (K2EDTA) EDTA استفاده می شود؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | آیا آزمایشگاه دستگاه سل کانتر باتاییدیه معتبر مانند تاییدیه آزمایشگاه رفرانس رادارد؟ ( نام دستگاه : ) | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | آیاO دستورالعمل فنی دستگاه سل کانتر موجود بوده وO شمارش زمینه سل کانتر به صورت روزانه کنترل می گردد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | آیا سرعت میکروهماتوکریت هر سه ماه یکبار توسطOتاکومتر، کالیبروزمان سنج دستگاه توسطO کرنومتر ، انجام وOسوابق آنها موجود می باشد؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | آیاO تاریخ مصرف آنتی سرمهای گروه خونی وO عملکرد سلامت ودرستی برای هرسری ساخت با استفاده ازروش تیتراسیون ویا استفاده از نمونه با گروه خون مشخص بررسی می شود ؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | آیا سوابق آموزش کاربر ، O درزمینه اصول کاربادستگاه وO کنترل کیفی بخش هماتولوژی وجود دارد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 55 | آیا نمونه های با RBC,MCH,MCV غیر طبیعی دوباره کنترل میشوند؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 56 | آیا نمونه ها قبل ازدادن به دستگاه ،O سروته گردیده وO برای نمونه های غیر طبیعی لام خون محیطی تهیه می گردد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | آیا عدم دقت ( CV ) سل کانتر درمواردلزوم ارزیابی می شود؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 58 | آیا برای کنترل کیفی روزانه ازO خون کنترل استفاده شده وO منحنی لوی جنینگ رسم می شود؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 59 | آیا ازروشهای زیر جهت کنترل کیفی دستگاه استفاده می گردد؟  T-Britin ، Duplicate ، Check test ، Delta Check ، Patient Mean | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 60 | آیاO دستورالعمل انجام آزمایش اندازه گیری HbA2 موجود وO ستونهای تغییررنگ داده شده ازرده خارج می گردد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 61 | آیادرهرسری کاری به عنوان کنترل ازیک نمونه دارای هموگلوبین A2 غیر طبیعی و مشخص استفاده میشود؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 62 | آیادستورالعمل"اصول انجام وتضمین کیفیت آزمایشگاههای غربالگری تالاسمی " O موجود وتوسط کارکنان مربوطهO مطالعه شده است؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 63 | آیا جهت انجام آزمایش HbA2 ازO پیپت کلاس A استفاده شده وO سوابق کنترل کیفی سمپلر های مورد استفاده موجود می باشد؟ | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **سل ( 470 )** | | | | | | | | |
| 64 | آیاO دفتر ثبت نام بیماران ونتایج دقیقا تکمیل گردیده وO در صورت وجود نتیجه مثبت با خودکار قرمز ثبت می گردد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 65 | آیا در بخش سل ، هود بیولوژیک کلاس 2 جهت تهیه اسمیر مستقیم سل موجود است؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 66 | آیا ایمنی کارکنان در برابر هپاتیت B ، هپاتیت C و HIV ارزیابی شده و سوابق آن وجود دارد و تست PPD و عکس ریه هر شش ماه یکبار تهیه می گردد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 67 | آیازمان کارکردO لامپ UVثابتO UV هود وO چراغ اولتراویوله سیار ثبت می گردد؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 68 | آیاپرسنل درحین کارازوسایل حفاظت فردی مناسب : O دستکش یکبارمصرف ،O گان ،O روکش کفش ،O ماسک N95 ، O عینک استفاده می کنند؟ | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 69 | آیا لامپ UV بطورهفتگی با الکل 70 درجه تمییز می شود؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 70 | آیاO کل لام های بیماران تحت درمان ،O10% لام های منفی وO کل لام های مثبت بصورت ماهانه تا پنجم ماه بعد جهت بازبینی ارسال وO نتایج بازبینی موجود می باشد؟ | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 71 | آیا ازتایمردیجیتال برای لامپ UV در ساعات غیر اداری دراین بخش استفاده می گردد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 72 | آیاO رنگها درآزمایشگاه تهیه وO تاریخ تهیه آن برچسب گذاری گردیده وبرای کنترل کیفی داخلی رنگهای مصرفیO ازواکسن BCG درهربار تهیه رنگ استفاده وOلام های تهیه شده موجود می باشد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 73 | آیا جهت نمونه های نامناسبO پسخوراند داده شده وO همکارآزمایشگاهی عواقب تشخیص کاذب اسمیر مثبت واسمیر منفی را می داند؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 470 |  |  |  |  |  |  |
| **موادمخدروروان گردان ( 480 )** | | | | | | | | |
| 74 | آیا مراجعه کننده جهت آزمایش عدم اعتیادOدارای برگه عکس دار وO ممهور به مهر سازمان ارجاع دهنده می باشد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 75 | آیا اعلامیه ای جهت عدم مصرف قرص های کدئین دار در 72 ساعت گذشته در معرض دید مراجعین وجود دارد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 76 | آیا فرد مسئول و نحوه اطمینان از هویت مراجعه کننده قبل از نمونه گیری مشخص شده است؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 77 | آیاO برگه های پاسخ دهی عکس دار بوده وO مهر برجسته برروی عکس مراجعه کننده ، دربرگه های پاسخ دهی مورد استفاده قرار گرفته وO مدت اعتبار پاسخها در زیر نویس گواهی صادره ذکر گردیده است؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 78 | آیا درزیرنویس برگه پاسخ دهی تاکید گردیده که آزمایش برای تشخیص چه نوع دارو و ماده مخدری انجام گرفته است؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 79 | آیا بخش نمونه برداری مجهز به سیستم دوربین مداربسته یا ناظر مستقیم میباشد ؟  ( فضای نمونه گیری خانمها نباید دوربین مدار بسته داشته باشد و نظارت بر نمونه گیری فقط از طریق ناظر خانم انجام می شود) | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 80 | آیا اثرانگشت مراجعه کننده درهنگام پذیرش درپشت برگه پذیرش اخذ می گردد ؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 81 | آیا جهت اطمینان از صحت نمونه ادراری ، درصورت نیاز دمای نمونه حداکثر تا 4 دقیقه پس از نمونه گیری با دماسنج دیجیتال اندازه گرفته می شود ؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 82 | آیا درصورت نیاز جهت اطمینان ازصحت نمونه ادراری PH نمونه با PH متر دیجیتال اندازه گیری می شود ؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 83 | آیا درصورت نیاز جهت اطمینان ازصحت نمونه ادراری وزن مخصوص آن توسط رفراکتومتر اندازه گیری می شود ؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 84 | آیا درصورت نیاز جهت اطمینان ازصحت نمونه ادراری ، کراتی نین نمونه اندازه گیری می شود ؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 85 | آیا درصورت مثبت بودن تست غربالی آزمایش تائیدی TLC برای مشتقات مرفین و آمفتامین بطور جداگانه انجام میگیرد ؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 86 | آیا در هر سری آزمایش از نمونه های کنترل مثبت ومنفی استفاد ه می شود ؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 87 | با توجه به بخارات شیمیائی آیا کلیه مراحل آزمایش زیر هود باتهویه قوی انجام می پذیرد ؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 88 | آیا دستورالعمل فرایندهای آزمایشگاه تشخیص مصرف موادمخدر وروان گردان دردسترس همکاران قرار دارد ؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 89 | آیا کیتهای مصرفی جهت انجام آزمایشهای غربالگری وتائیدی (TLC )دارای تائیدیه آزمایشگاه مرجع سلامت می باشند ؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 90 | آیا برای نگهداری نمونه های ادرار مواد مخدر از فریزر 20- استفاده می گردد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 480 |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **بیوشیمی ( 250 )** | | | | | | | | |
| 91 | آیابرای آزمایشهای دستی بیوشیمی ،درهرسری کاری ، ازOاستاندارد وO سرم کنترل استفاده میشود؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 92 | آیاسوابق انجام فعالیت های مربوط به کنترل کیفی داخلی مثل رسم نمودارکنترل کیفی وثبت نتایج اندازه گیری مقادیرکنترل بصورت روزانه ،O موجود وO دردسترس می باشد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 93 | آیا کنترل کیفی اسپکتروفتومتر یا فتومتر ( انوار ناخواسته ، صحت فتومتریک و رانش فتومتری ) حداقل هر6 ماه یکبار انجام می گیرد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 94 | آیا سمپلرها ازنظردقت وصحت ،O کنترل وO سوابق موجود می باشد؟ | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **سرولوژی ( 160 )** | | | | | | | | |
| 95 | آیا تعیین تیترآنتی بادی نظیررایت و ویدال ،O ازآزمایش لوله ای استفاده شده وO برای جلوگیری ازپدیده پروزون یا هوک افکت ازرقتهای مناسب سرم ( مثلا رقت 1280/1 برای رایت لوله ای ) استفاده می گردد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 96 | آیا معرفها قبل ازمصرف درآزمایشهای آگلوتیناسیون ، ازنظروجود اتوآگلوتیناسیون بررسی می شوند ؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 97 | آیا پیش از استفاده از فرآورده تشخیصی جدید ( کیت جدید و یا سری ساخت جدید ) جهت تایید صحت سلامت کیتها ازسرم کنترل های مثبت ومنفیO استفاده ،Oثبت وO نگهداری می شود؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 98 | آیا جهت کنترل کیفی الایزا ریدرO از کنترل و Cut Off داخل کیتها وO پلیت چک استفاده شده و مستندات مربوطهO ثبت و نگهداری می گردد؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 160 |  |  |  |  |  |  |
| **انگل شناسی وآنالیزادرار ( 100 )** | | | | | | | | |
| 99 | آیا محل استقرارنمونه ها دارای دمای مطلوب جهت جلوگیری از گزارش موارد مثبت کاذب ( کریستالها ، شفافیت نمونه و...) می باشد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 100 | آیامدت زمان حداکثر 2 ساعت از زمان نمونه گیری تا انجام آزمایش رعایت می گردد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **التور، سا لمونلا ، شیگلا و اشرشیاکلی مولد اسهال ( 370 )** | | | | | | | | |
| 101 | آیاO محیطهای کشت ،Oمعرفها وO آنتی سرمهایی که برای جداسازی وتشخیص ویبریو کلرا ، سالمونلا وشیگلا استفادهO می شود کنترل کیفی می شوند ؟  در صورت وقوع طغیان در سال جاری تاریخ آن را مرقوم فرمایید .................. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 102 | آیا بر اساسO فرم درخواست ، آزمایش درخواست می شود وOجواب آزمایش بصورت مکتوب به گروه بیماریهای شهرستان ارسال می گردد؟  (طبق مصوبه کمیته التور ، در شرایط عادی نمونه برداری و آزمایش از نظر التور و در شرایط طغیان از نظر التور ، سالمونلا ، شیگلا و اشرشیا کلی مولد اسهال بعمل آید) | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 103 | آیابه هنگام ساخت محیط کری بلر ، جهت استریل نمودن ازبن ماری جوش به مدت 15 دقیقه به جای اتوکلاو استفاده می شود ؟  (در صورت استفاده از اتوکلاو می بایستی شیرها و دریچه اطمینان جهت خروج بخار آب باز گذاشته شود) | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 104 | آیاسواپ مقعدی به درستی درعمق محیط کری بلر قرارداده می شود | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 105 | آیا هنگام دریافت نمونه ،O تاریخ نمونه گیری ،O تاریخ دریافت نمونه ،O تاریخ انجام آزمایش وO گزارش نتایج به طریق مناسب ثبت ونگهداری می شود؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 106 | آیا دستورالعمل جداسازی وتشخیص آزمایشگاهیOویبریو کلرا ،Oسالمونلا وOشیگلا ، جهت استفاده درآزمایشگاه موجود بوده وO افرادمشخصی جهت ادامه کاردرمواردمثبت آزمایش ، تعیین شده است؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 107 | آیا ازO سویه باکتریایی سودوموناس ( باکتری اکسیداز مثبت ) جهت کنترل تست اکسیداز و همچنین از O سویه های کنترلی استاندارد جهت اطمینان از فرآیند کشت و محیط های مربوطه استفاده می شود؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 108 | برای تشخیص ویبریو کلرا ،اگر زمان انکوباسیون بیش از8 ساعت باشد ،O آیا APW قبلی به APW جدید تلقیح شده و ازOحداقل تستها ومحیطهای افتراقی زیراستفاده می شود؟OOxidase ، KIA ، SIM | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 109 | آیا از یک پلیت برای کشت نمونه مدفوع هر بیماراستفاده می گردد؟  **🗸** برای کشت نمونه مدفوع ( جهت جداسازی ویبریو کلرا ، سالمونلا ، شیگلا و اشرشیاکولی مولد اسهال) از محیط هایO TCBS ،O APW ،O MAC ،O HE EMB XLD،O GN یا SF استفاده می شود ؟  **🗸** جهت شناسایی باکتریهای مشکوک به ویبریوکلرا ، سالمونلا و شیگلا از تستهای O ONPG ،O Urease ، O IMVIC ،O LIA ، O KIA ،O SIM ،O Oxidase وO آنتی سرم های ویبریوکلرا ، سالمونلا و شیگلا استفاده می شود؟ | 130 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 370 |  |  |  |  |  |  |
| **هیپوتیروئیدی نوزادان ( 100 )** | | | | | | | | |
| 110 | آیاپرسنل دوره آموزشی جهت تهیه نمونه را گذرانده اند؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 111 | آیا درهنگام پذیرش نوزاد توجه به اینکه 72 ساعت نوزاد کامل شده باشد دقت می شود؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 112 | آیا مشخصات روی کارت گاتری وفرمهای پذیرش به نحو صحیح ثبت می گردد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 113 | آیا پاشنه پای نوزاد قبل ازنمونه گیری با حوله ولرم گرم می شود؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **لیشمانیا و مالاریا ( 180 )** | | | | | | | | |
| 114 | آیا سابقه بیماری ، محل سکونت و سابقه مسافرت به مناطق بومی از بیمار پرسیده می شود؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 115 | آیا در مورد زخم های لیشمانیا از تمامی زخم ها نمونه برداری انجام می گیرد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 116 | آیا کنترل کیفی روغن ایمرسیون از بابت آلودگی با عوامل قارچی انجام می گیرد؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 117 | آیا همکاران شاغل در بخش ، آموزش های لازم در خصوص فرآیند نمونه برداری و تشخیضO لیشمانیا و O مالاریا را دریافت نموده اند؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 180 |  |  |  |  |  |  |
| **میکروب شنا سی ادرار ( 140 )** | | | | | | | | |
| 118 | آیا دیسک های آنتی بیوگرام به صورت استاندارد نگهداری می گردد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 119 | آیا از محلول نیم مک فارلند جهت تهیه سوسپانسیون میکروبی برای انجام آنتی بیوگرام استفاده می گردد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 120 | آیاO لوپ وO آنس استاندارد آزمایشگاهی به تعداد مورد نیاز موجود می باشد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 121 | آیا خروجیO هواکش ها وO هود معمولی به دور از محل رفت و آمد عمومی می باشد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 122 | آیا معیار های رد یا قبول نمونه های مختلف ( بویژه در مورد نمونه های پذیرش شده خارج از آزمایشگاه ) مشخص و مکتوب شده است؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 123 | آیا سطوح بخش میکروب شناسی به نحوی طراحی شده که از رشد و تجمع عوامل میکروبی جلوگیری گردد؟  ( در سطوح انجام کار ، شیار و خلل و فرج که امکان رشد میکروبی را فراهم می کند ، نباید وجود داشته باشد ) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 124 | آیا تخصیص فضا در آزمایشگاه به گونه ای است که بخش میکروب شناسی و آزمایشگاه سل دور از محل رفت و آمد بیماران و بخش های غیر فنی باشد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 125 | آیا محیط های کشت پس از انجام آزمایش و گزارش نتایج به نحو استاندارد ( انجام اتوکلاو و تحو.یل به زباله سوزی ) دور ریز می گردد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 126 | آیا جهت تهیه محیط کشت Blood Agar از خون گوسفند تجارتی استفاده می گردد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 127 | آیا در صورت نیاز برای بررسی همولیز بتا در استرپتوکوکها از خون گوسفند استفاده می شود؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 140 |  |  |  |  |  |  |
| **شستشو واستریلیزاسیون ( 100 )** | | | | | | | | |
| 128 | آیاجهت ایمنی فرد لوله شوی مواردزیررعایت می شود:O پوشیدن دستکش ،O بستن پیش بند پلاستیکی ، O داشتن کفش روبسته ،Oواکسیناسیون درمقابل کزازوهپاتیت ،O استفاده از ماسک یکبارمصرف ؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 129 | آیاشستشوی ظروف شیشه ای بطورمناسب درسه مرحله ( شوینده ، آب معمولی ، آب مقطر ) انجام می شود؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 130 | آیا فرد لوله شویO آموزشهای لازم رادیده وO نیروی ثابت آزمایشگاه می باشد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **فرایند پس ازانجام آزمایش ( 200 )** | | | | | | | | |
| 131 | آیا مدت زمان وشرایط نگهداری نمونه های مختلف پس از انجام آزمایشO مکتوب شده وOرعایت می گردد ؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 132 | آیانحوه گزارش فوری نتایجی که درمحدوده بحرانی( Critical value ) قرارمی گیرندOمکتوب وO مسئول این کارمشخص شده است؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 133 | آیا سوابق آزمایش ها به صورت صحیح بایگانی و نگهداری می شود؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 134 | آیا سوابق ارتباط با آزمایشگاههای ارجاعی و یا ارجاع کننده وجود دارد؟ | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **عوامل مداخله گردرفرایندهای آزمایشگاه ( 360 )** | | | | | | | | |
| 135 | آیا پرسنل آزمایشگاه درپست سازمانی خود بکارگیری شده اند ؟ | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 136 | آیا نمونه های خلط تهیه شدهO بصورت مطلوب ازنظر کمیت وکیفیت وباO رعایت زمان وشرایط استاندارد به آزمایشگاه ارسال می گردند؟ (درصد نمونه های نامطلوب : ) | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 137 | آیا نمونه های التور تهیه شدهOبصورت مطلوب ازنظر کمیت وکیفیت وبا O رعایت زمان وشرایط استاندارد به آزمایشگاه ارسال می گردند؟ | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 360 |  |  |  |  |  |  |
| **کنترل کیفی انجام آزمایش ( 410 )** | | | | | | | | |
| 138 | آیاO یخچال ها دارای چارت کنترل دما بوده وOسوابق مربوط به سرویس یا تعمیر تجهیزات موجود می باشد | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 139 | آیاO آب مقطر مناسب جهت شستشو وتهیه معرف ها موجود بوده وO کیفیت آن ارزیابی می گردد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 140 | آیا نحوه دورریز موادووسایل انجام آزمایش پس ازاتمام کار ،Oمشخص وOمکتوب بوده وOرعایت  می گردد؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 141 | آیاO اتوکلاو سالم ومناسب وجودداشته وO ازاندیکاتورهای شیمیایی وبیولوژیک برای ارزیابی صحت عملکرد آن استفاده می شود؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 142 | آیا پرسنل آزمایشگاه درزمینه کنترل کیفی وموضوعات مربوطه اطلاعات لازم وکافی دارند؟ | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 143 | آیاO آزمایشگاه به طور مرتب در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت مورد تایید آزمایشگاه مرجع سلامت شرکت و O نتایج به دست آمده از برنامه جهت شناسایی و رفع خطاها مورد استفاده قرار می گیرد؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 410 |  |  |  |  |  |  |
| **کارشناس مسئول آزمایشگاه ( 680 )** | | | | | | | | |
| 144 | آیاشرح وظایف ، مسئولیت ها واختیارات هریک ازکارکنان توسط مسئول فنی مکتوب شده است؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 145 | آیامسئول آزمایشگاه ، جهت تطابق خریدهای آزمایشگاه با موادووسایل مورددرخواست آزمایشگاه ، نظارت کامل دارد؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 146 | آیا مسئول فنی برای آموزش کارکنان دررابطه با O اصول ایمنی، O تضمین کیفیت وامور محوله ، O برنامه ریزی وO اقدام نموده است؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 147 | آیا مدیریت آزمایشگاهO برنامه دوره ای جهت ممیزی داخلی وO سایرواحدهای تابعه برای پی بردن به نواقص ومشکلات مختلف آزمایشگاه ونیز Oانجام اقدامات اصلاحی مناسب داشته وOرونوشت پسخوراند را به امورآزمایشگاهی بهداشت استان ارسال ، وO سوابق آن موجود می باشد؟ | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 148 | آیاO قبل ازشروع بکارنیروهای طرحی وجدید الاستخدام ، جهت طی دوره بازآموزی به امورآزمایشگاهی بهداشت استان اعلامO می گردد وO همچنین درخصوص همکارانی که نیاز به بازآموزی وآموزش دارند ، اقدامی صورت می گیرد؟ | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 149 | آیادرآزمایشگاه روش مشخصی برای ثبت ، رسیدگی وپاسخگویی به شکایات ویا نظرسنجی ازبیماران وپزشکان وجوددارد؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 150 | آیا شماره تلفن گروه کارشناسان دارو و آزمایشگاه در محل پذیرش نصب گردیده است؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 151 | آیا CD مربوط به آمار و اطلاعات آزمایشگاه تا 15 ام ماه بعد ارسال می گردد؟ | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 152 | آیا جزوات و کتاب های ارسالی از مرکز بهداشت استان بر اساس لیست ،O موجود بوده وOدردسترس میباشد | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **مورد ارزیابی** | **امتیاز مورد انتظار** | **امتیاز کسب شده** | | | | | |
| **تاریخ پایش** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 153 | آیا تمامی فرآیندهای نظام مراقبت انجام می گیردO نمونه گیری آنفولانزا O سیاه سرفه O سیاه زخمOمالاریا O لیشمانیاO سرخک  O بیماری های منتقله ار آب و غذا ( التور ، سالمونلا ، شیگلا و اشرشیاکولی مولد اسهال ) | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 154 | آیا نتایج آزمایش ها توسط مسئول فنی و یا سوپروایزر آزمایشگاه کنترل می گردند؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 155 | آیا جداول و شاخص های پانل سلامتO تکمیل و O به روز رمی باشد؟ | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 156 | آیا انجام تعهدات براساس توافق سالجاری گروه می باشد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 157 | آیا وضعیت شاخص های Oرنگ قرمز و Oرنگ زرد پانل سلامت Oتحلیل و Oدر جهت ارتقای شاخص و عوامل موثر آن اقدام شده است؟ | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 158 | آیا برنامه مداخله ای جهت فرآیند مشکل اولویت دار واحد کارشناسی وجود دارد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 159 | آیا جلسات هماهنگی درون گروهی انجام می گیرد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 160 | آیا شاخص های واحد و نتایج پایش های محیطی در شورای فنی ستاد شهرستان مطرح می گردد؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 161 | آیا جهت مدیریت بحران و بلایا ، اقدامات خاصی مانند Oبرگزاری جلسات و Oبسترسازی جهت ارائه بموقع خدمات آزمایشگاهی انجام شده است؟ | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 162 | آیا مسئول آزمایشگاه احاطه کامل در خصوص برنامه فرآیندهای مدیریتی و شاخص های عملکردی آزمایشگاه را دارد؟ | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** | | 680 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **خلاقیت ونوآوری :** |
| **پیشنهاد شهرستان :** |
| **انتقاد شهرستان :** |

نام ونام خانوادگی ، عنوان وامضای تکمیل کننده چک لیست ( پایش کننده )

نام ونام خانوادگی ، عنوان وامضای پایش شونده