

Biyokimya Laboratuvarından Kalite Yönetimi

Doç.Dr. Hüseyin AYDIN
Cumhuriyet Üniversitesi Tıbbi Biyokimya AD.



Certificate

(Sertifika)

This is to certify that
(Bu Sertifika)

Hüseyin AYDIN

has successfully completed the course assessment for the
(Eğitimi başarı ile tamamlamıştır.)

ISO 9001:2008

Quality Management System

(ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi)

Held on: 01 April 2009
(Düzenleme Tarihi:)

At Sivas/TURKEY
(Yer)

Signed
(İmza)

Mithat ALTUNTAŞ
General Manager

BİYOKİMYA LABORATUVAR HİZMETLERİ

00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ		
00	02	03				BİYOKİMYA LABORATUVAR HİZMETLERİ	255	
00	02	03	01	00		Laboratuvarda çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.	10	
00	02	03	01	01		Test rehberi;		
00	02	03	01	01		o Örneklerin çalışılma zamanını,		
00	02	03	01	01		o Örnek türünü,		
00	02	03	01	01		o Ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgiyi,		
00	02	03	01	01		o Örnek alımı ile ilgili kuralları,		
00	02	03	01	01		o Örnek kabul ve ret kriterlerini,		
00	02	03	01	01		o Örneklerin uygun şekilde alınması ve uygun şekilde transferini (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek),		
00	02	03	01	01		o Örnek kaplarının uygun şekilde etiketlenmesini,		
00	02	03	01	01		o Sonuç verme sürelerini içermelidir.		
00	02	03	01	02		Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde bulunmalıdır.		
00	02	03	02	00		Örneklerin alınması ve transferine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	02	03	02	01		Örneklerin alındığı tarih ve saat HBYS'de bulunmalıdır.		
00	02	03	02	02		İlgili çalışanlara, örnek alımı ve transferi konusunda eğitim verilmelidir.		
00	02	03	03	00		Örneklerin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	02	03	03	01		Örnek kabul birimi bulunmalıdır.		
00	02	03	03	02		Örnekler örnek kabul birimine teslim edilmeli,		
00	02	03	03	02		o Örnekleri gönderen bölüm,		
00	02	03	03	02		o Örneklerin teslim tarih ve saati HBYS'de bulunmalıdır.		
00	02	03	03	03		Örnekler kabul ve ret kriterlerine göre değerlendirilmelidir.		
00	02	03	03	04		Reddedilen örneklerle ilişkin;		
00	02	03	03	04		o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler HBYS'de yer almalı,		
00	02	03	03	04		o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmeli,		



T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

DOKÜMAN KODU

CÜH.KYS.LS.63-04

YAYIN TARİHİ

ARALIK 2014

SAYFA NO

1

REV.TARİHİ NO

00

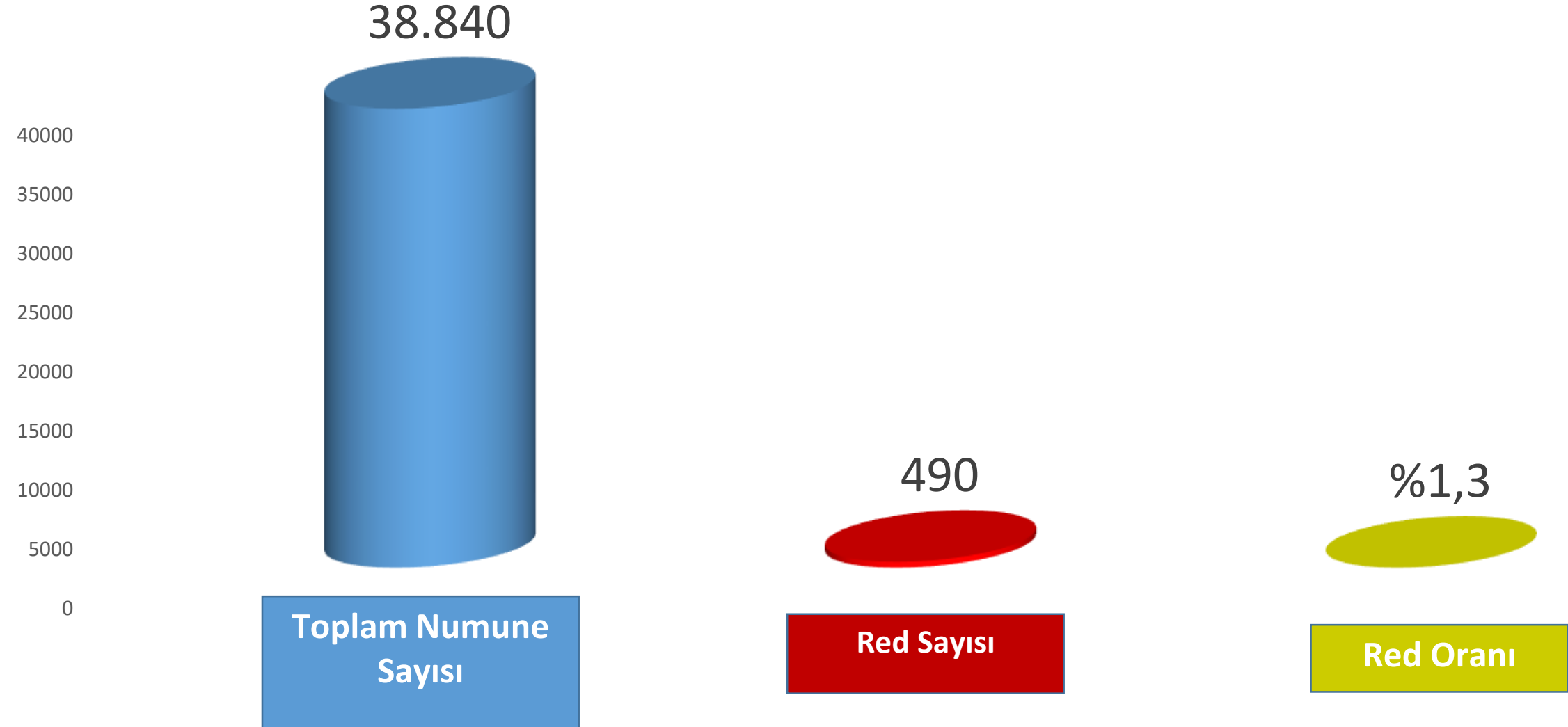
BİYOKİMYA LABORATUVARI
KALİTE İNDİKATÖRLERİ LİSTESİ

*Doldurulması Gereken İlgili Dokümanlar: 1) İndikatör Kartları 2) Veri Analiz Formu

DÖKÜMAN NO	İNDİKATÖR ADI	ÇIKIŞ NOKTASI	VERİ TOPLAMA / ANALİZ PERİYODU	İNDİKATÖR SORUMLUSU
GBBL01	Numune <u>Red Oranı</u>	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR
GBBL02	Kaybolan Numune Sayısı	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR
GBBL03	İç Kalite Kontrol Sonuçları Hata Sayısı	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR
GBBL04	Dış Kalite Kontrol <u>Sonuçları</u> Hata Sayısı	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR
GBBL05	Zamanında Verilemeyen Sonuçlar	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR
GBBL06	Cihaz Arıza Oranı	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR
GBBL07	Panik Değer Bildirim Oranı	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR
GBBL08	Test Tekrar Oranı	Verimlilik	3 Aylık	Doç.Dr. Hüseyin AYDIN Biyokimya <u>Lab.</u> Kalite Sor. Tek. İlham ÇİĞİR

GBBLO1 Numune Ret Oranı

2015 AYLIK ORTALAMA RED ORANI





DOKÜMAN KODU

CÜH.KYS.FR.63-19

YAYIN TARİHİ

OCAK 2015

**BIYOKİMYA LABORATUVARI POST ANALİTİK EVRE
(MATERYAL RED VERİ) TOPLAMA VE ANALİZ FORMU**

SAYFA NO

1

REV.TARİHİ/NO

12.08.2016/1

AİT OLDUĞU AY/ YIL: AĞUSTOS 2016

MATERYAL RED NEDENLERİ	KOD	SAYI
PIHTILI NUMUNE	L18	170
HEMOLİZLİ NUMUNE	L17	163
HATALI NUMUNE KABİ/TÜPÜ	L10	45
YETERSİZ NUMUNE	L16	55
UYGUNSUZ ALINMIŞ NUMUNE	L15	22
İKTERİK NUMUNE	L20	2
HASTADAN NUMUNE ALINAMAMASI NEDENİYLE KAYDIN İPTAL EDİLMESİ	L14	2
TEST ÇALIŞMA PROSEDÜRLERİNE UYULMAMASI	L42	27
HATALI KAYIT	L05	1
TEKRAR ALINAN NUMUNE	L09	1
LİPEMİK NUMUNE	L19	9
HATALI KİMLİKLENDİRİLMİŞ NUMUNE	L07	13
YANLIŞ MALZEME/KİT GELMESİ	L33	5
YANLIŞ HASTADAN NUMUNE ALINMASI	L06	2
REDDEDİLMESİ GEREKEN NUMUNENİN KABULU	L27	1
DİĞER	L59	3
TEST İSTEMİNDE YANLIŞ/EKSİS BİLGİ	L02	1

TOPLAM KABUL/RET SAYISI	PLK. KABUL:29495	RET:160	SERVİS KABUL:24027	RET:362
-------------------------	------------------	---------	--------------------	---------

TOPLAM REDDEDİLEN NUMUNE SAYISI	522
---------------------------------	-----

NUMUNE RED ORANI	REDDEDİLEN NUMUNE SAYISI/KABUL EDİLEN NUMUNE SAYISI X 100	SERVİS	POLİKLİNİK
		% 1.5	% 0.5

RAPOR

ELDE EDİLEN VERİLER:

1. Toplam reddedilen numune sayısı 522 ve genel materyal ret oranı % 0.9.
2. Poliklinik materyal ret sayısı 160 ve poliklinik materyal ret oranı % 0.5.
3. Servis materyal ret sayısı 362 ve servis materyal ret oranı % 1.5 olarak belirlenmiştir.
4. En çok materyal reddi hemoliz ve pihtılı numune gerekçesi ile yapılmıştır.
5. Toplam materyal retlerinin % 16'sı Acil servisten gelen numunelerden kaynaklanmıştır.

SONUÇ:

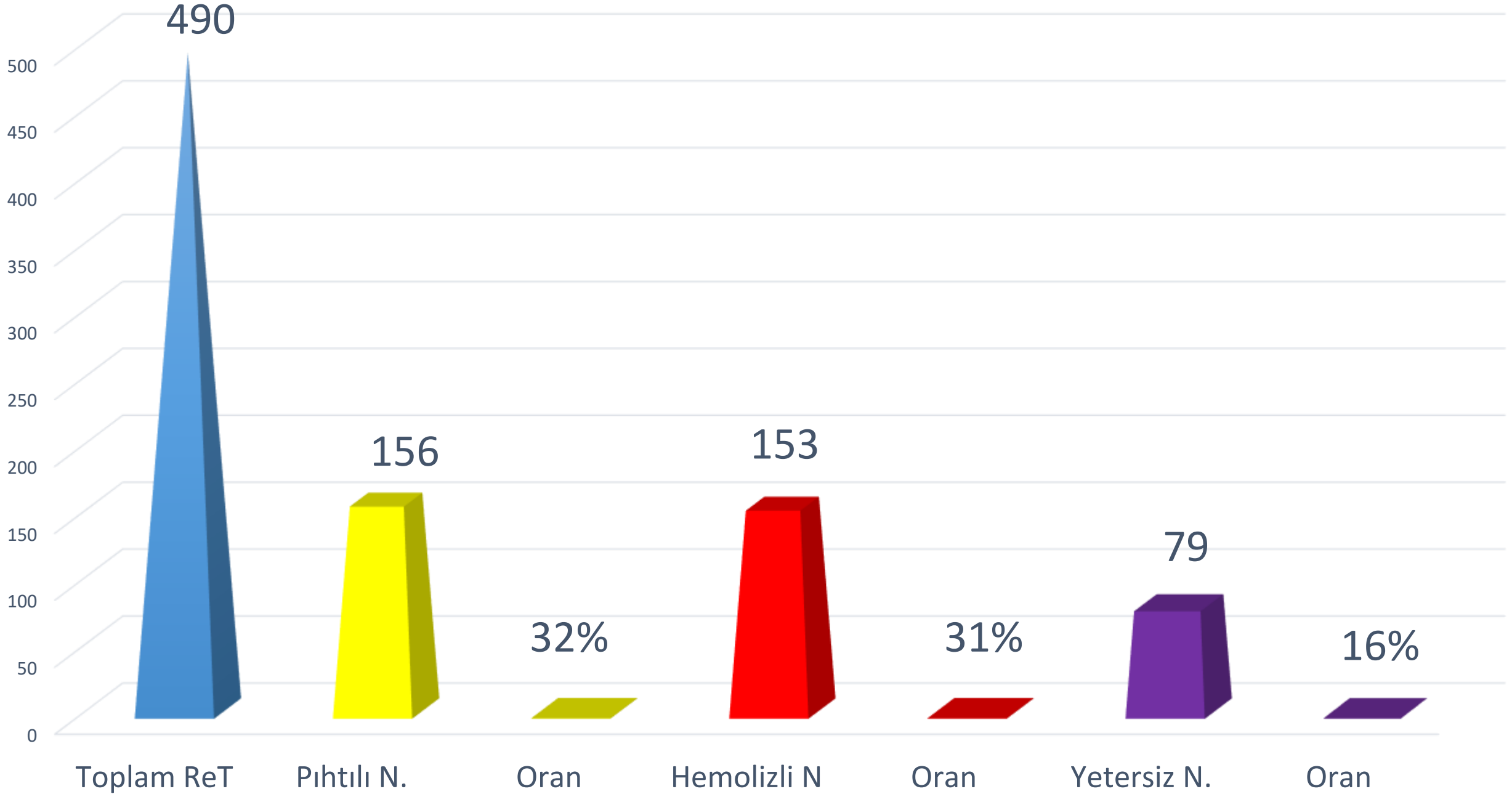
1. Ağustos 2016 hedefine ulaşılmıştır.
2. Acil servise geçen ay materyal ret konusunda düzeltici işlem başlatılmıştır. Eylül ayında durum takip edilecektir.
3. Eylül ayı materyal ret oranı hedefi <%1 olarak devam edecektir.

Doç. Dr. Hüseyin AYDIN
C.U. Tıp Fak. Hastanesi
Klinik Biyokimya Lab.
Bip.No: 31-120

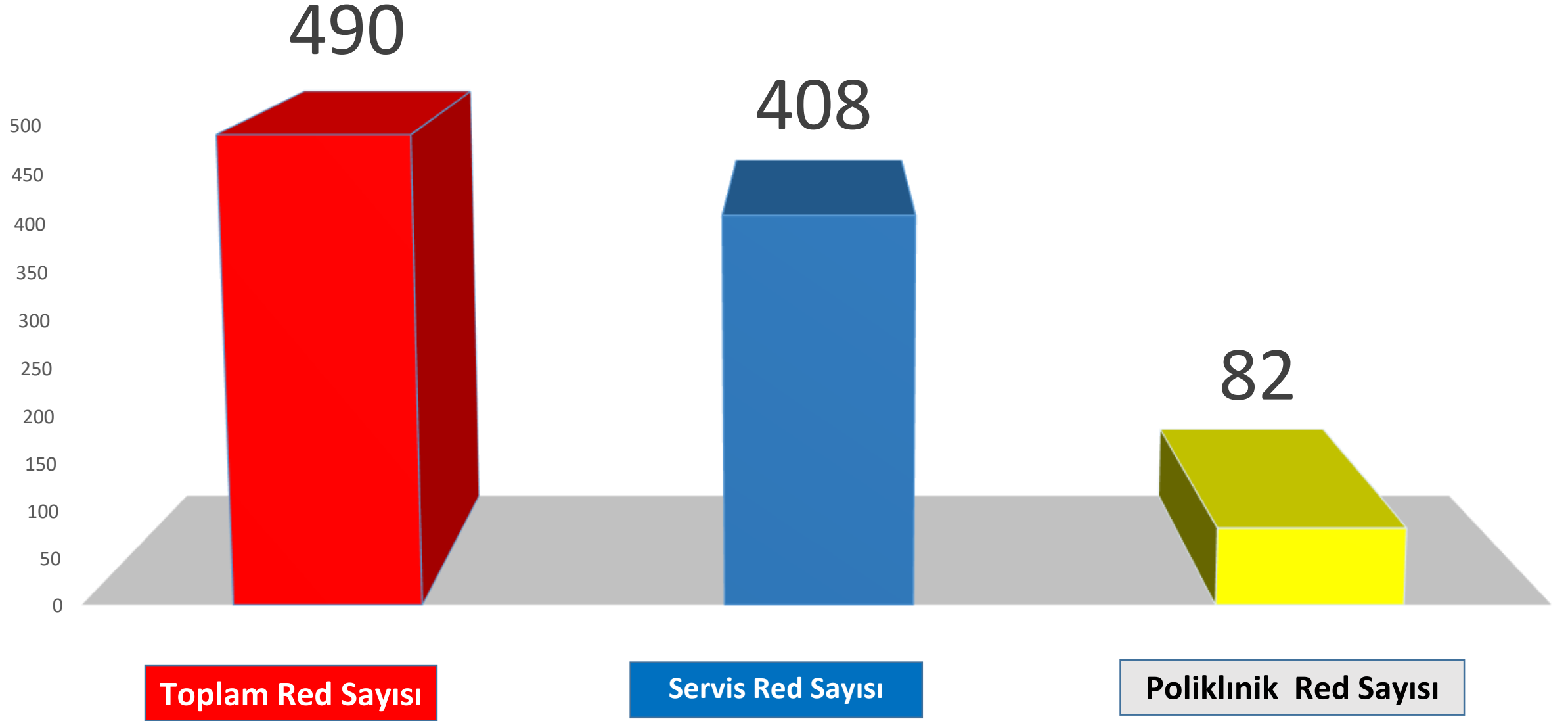
İlham ÇİĞİR
Biyokimya Lab. Kalite
Sorumlu Teknikeri

PIHTILI NUMUNE 170
HEMOLİZLİ NUMUNE 163
YETERSİZ NUMUNE 55

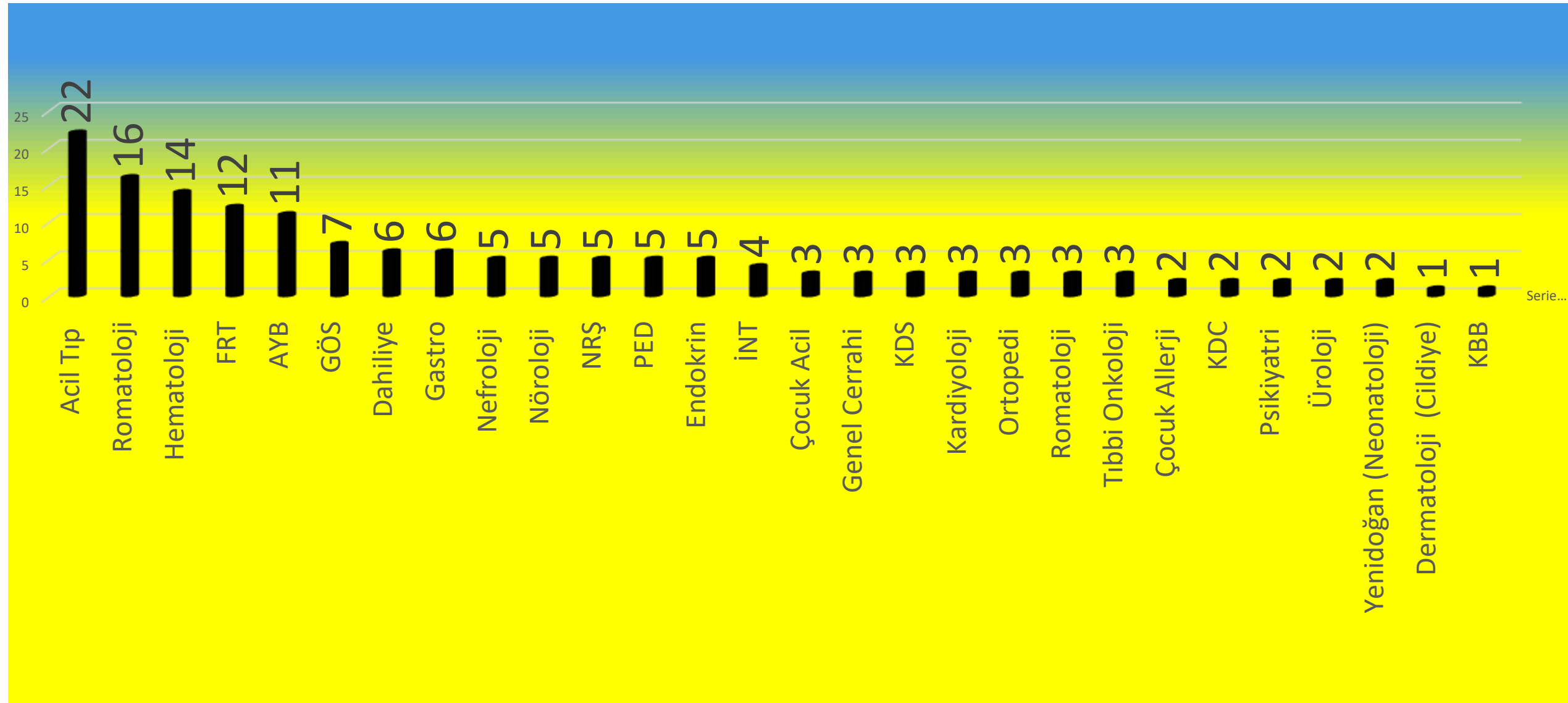
NUMUNE RET ORANLARI



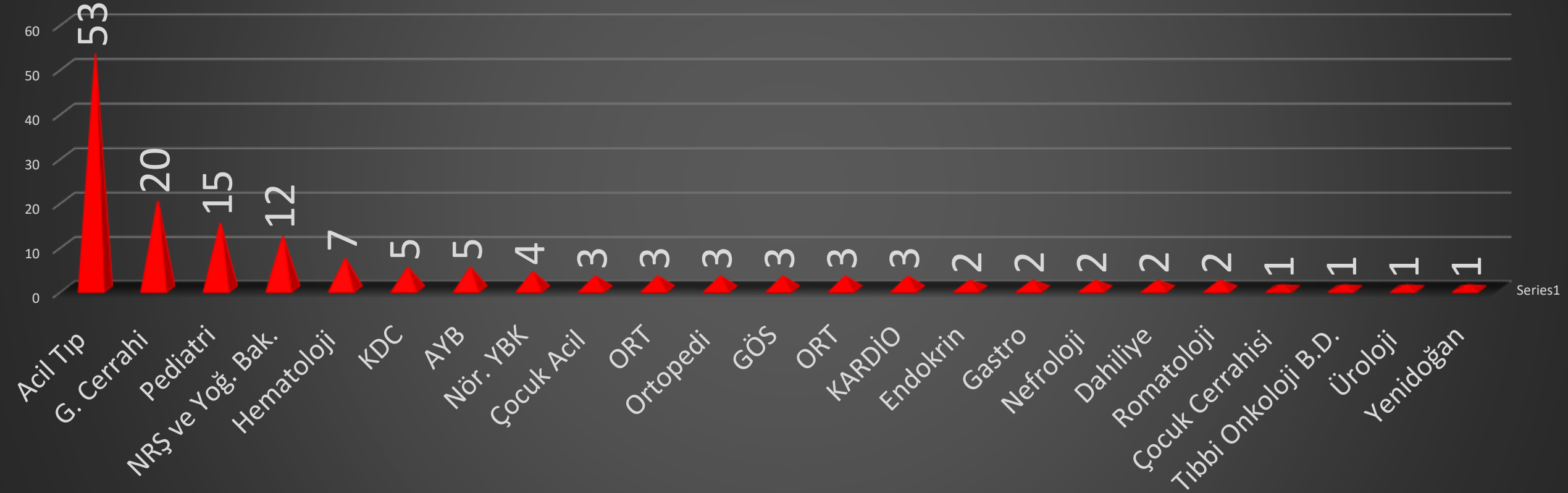
2015 AYLIK RED ORANI SERVİS/POLİKLİNİK



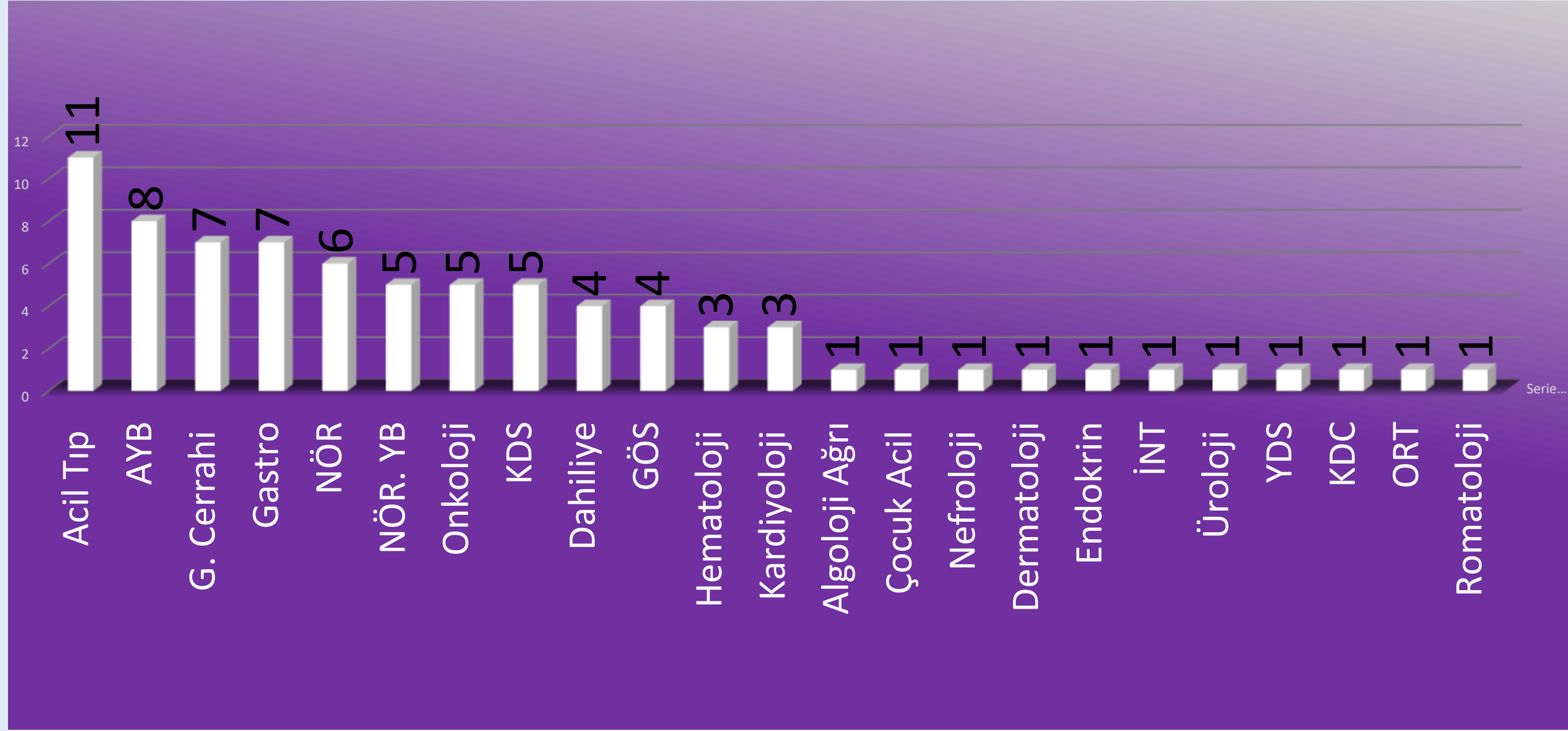
SEVİSLERE GÖRE PIHTILI NUMUNE



SEVİSLERE GÖRE HEMOLİZİN NUMUNE



SEVİSLERE GÖRE YETERSİZ NUMUNE DAĞILIMI



İsteyen Birim: BİYOKİMYA LABORATUVARI

Hata Tespit Tarihi: 26.01.2016

Giderme Tarihi: 26.02.2016

Tanımı: Aralık 2015'de numune ret analizi incelendiğinde; hastane genelinde ret edilen toplam numune sayısı 475 olarak hesaplandı.
-Hemoliz gerekçesiyle reddedilen toplam numune sayısının 153 adet olduğu,
*Servisinize ait ret edilen numune sayısının 53 (%34,6) adet olduğu tespit edildi.
-Pıhtı gerekçesiyle reddedilen toplam numune sayısının 156 adet olduğu,
*Servisinize ait ret edilen numune sayısının 22 (%14,1) adet olduğu tespit edildi.

Hemolizli numune 153adet
Acil ser: 53 (% 34,6) adet

Pıhtılı numune : 156 adet
Acil ser:22 (%14,1) adet

Neden Kaynaklandı: eğitim eksikliği

Nasıl Giderildi:

Kan/numune alımı ile görevli personelin konu hakkında bilgilendirildi.

Alınan Tedbirler:

Kan/numune alımı ile görevli personelin konu hakkında bilgilendirildi.

Yapılmataarihi: 2016-03-01

Açıklama:

Sonuç: Yeterli

Son Durum: Kapalı

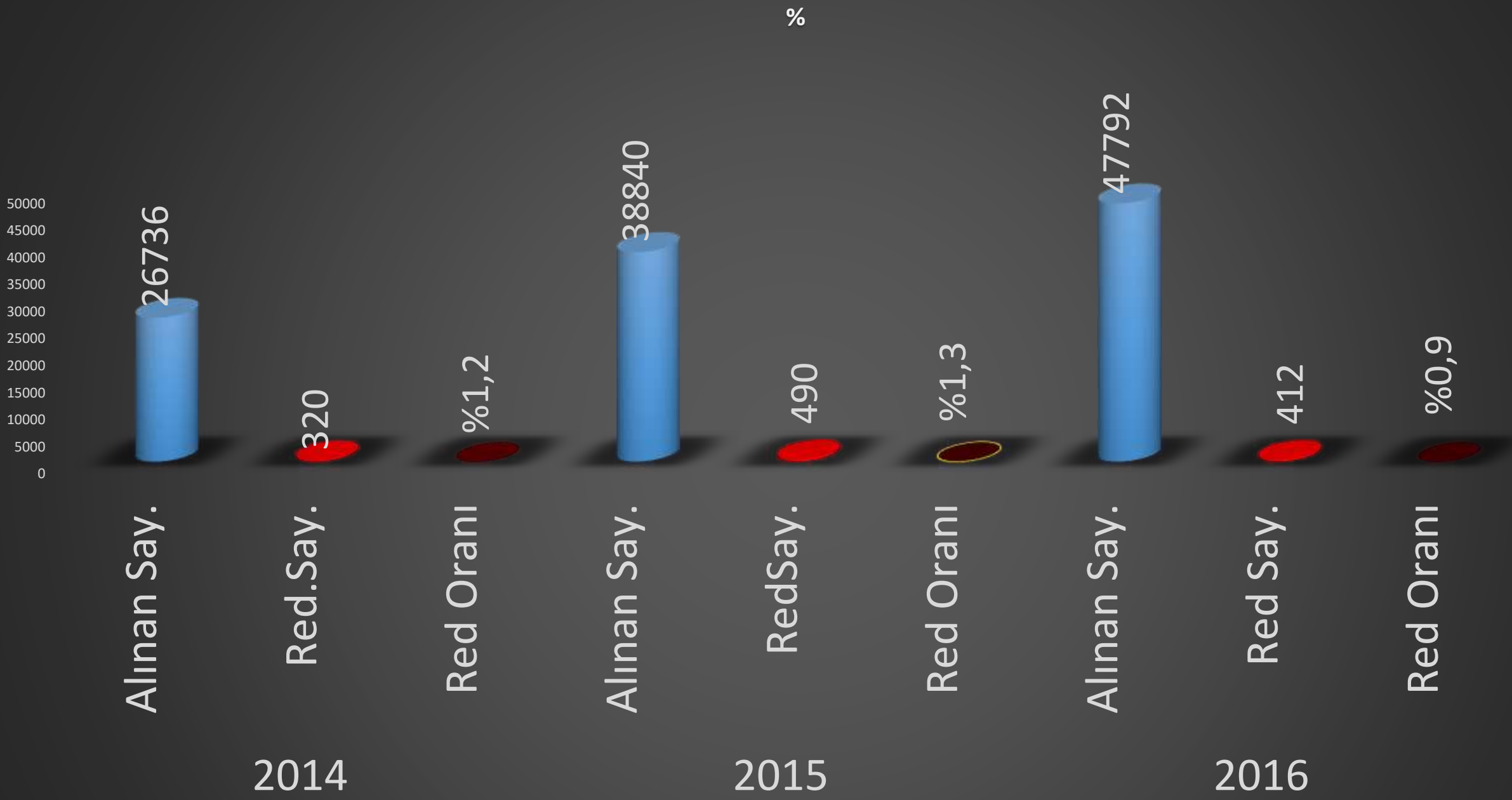
Tarih: 2016-05-05

30.06.2015 İNTÖRN DOKTOR UYUM EĞİTİMİ

HASTANE ENFEKSİYONLARINDA EL HİJYENİ, STANDART ÖNLEMLER (İNTÖRN DOKTORLARA UYUM EĞİTİMİ)	30.06.2015	10.00 – 11.30	ENFEKSİYON HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ DOÇ. DR. M. GÖKHAN GÖZEL
KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİNDEN KORUNMA YOLLARI (İNTÖRN DOKTORLARA UYUM EĞİTİMİ)	30.06.2015	10.00 – 11.30	ENFEKSİYON HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ DOÇ. DR. M. GÖKHAN GÖZEL
ATIK YÖNETİMİ(İNTÖRN DOKTORLARA UYUM EĞİTİMİ)	30.06.2015	11.45 – 12.15	ÇEVRE MÜHENDİSİ ELMAS HÜMEYRA ÖZBÖLÜK
BİYOKİMYA LABORATUVARI MATERYALLERİN ALINMASI, GÖNDERİLMESİ, LABORATUVAR İŞLEMLERİ VE SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ (İNTÖRN DOKTORLARA UYUM EĞİTİMİ)	30.06.2015	13.00 – 14.00	BİYOKİMYA LABORATUVARI ÖĞRETİM ÜYESİ DOÇ. DR. HÜSEYİN AYDIN
MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI MATERYALLERİN ALINMASI, GÖNDERİLMESİ, LABORATUVAR İŞLEMLERİ VE SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ (İNTÖRN DOKTORLARA UYUM EĞİTİMİ)	30.06.2015	14.15 – 15.15	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. M.ZAHİR BAKICI
HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI (İNTÖRN DOKTORLARA UYUM EĞİTİMİ)	30.06.2015	15.30 – 16.30	BAŞHEMŞİRE ERGÜL KOÇAK

YER: TIP DERSLİĞİ KONFERANS SALONU (EK DERSLİK)

BİYOKİMYA LABORATUVARI 2016 YILI HİZMET İÇİ EĞİTİM PLANI					
OCAK 2016	ŞUBAT 2016	MART 2016	NİSAN 2016	MAYIS 2016	HAZİRAN 2016
ÖZEL TESTLER • Trombosit Aggregasyon Testleri ve Yorumu • Metabolik Testler (EĞİTİM BİYOKİMYA LABORATUVARINDA Dr. Serdar EZİN TARAFINDAN VERİLECEKTİR)	MALZEME VE CİHAZLARIN GÜVENLİ KULLANIMI • Cihaz ve Malzemelerin Kullanımı • Miat ve Uygunluk Kontrolü • Güvenli kullanım kuralları • Cihazların Bakım ve Temizliği • Cihaz Kullanımı Sırasında En Çok Karşılaşılan Sorunlar ve Bu Sorunların Giderilmesi (EĞİTİM BİYOKİMYA LABORATUVARINDA Dr. Hayrettin YAVUZ TARAFINDAN VERİLECEKTİR)	LABORATUVARDA KALİTE KONTROL • İç-Dış Kalite Kontrol Çalışmaları • Lewey-Jennings grafikleri • Westgard Kuralları (EĞİTİM BİYOKİMYA LABORATUVARINDA Dr. Serdar EZİN TARAFINDAN VERİLECEKTİR)	• PREANALİTİK HATA KAYNAKLARI VE NUMUNE KABUL-RED KRİTERLERİ • Pre-Pre Analitik Süreç • Kişiye Özel Kontrol Edilebilen ve Kontrol Edilemeyen Preanalitik Faktörler • Örnek Alma İle İlgili Sorunlar • Örneğin Laboratuara Kabulü İle İlgili Sorunlar • Numune red kriterleri • Laboratuarda Doğru Numune Alımı,Transferi ve Numune Kabul Kuralları (EĞİTİM BİYOKİMYA LABORATUVARINDA Dr. Serdar EZİN TARAFINDAN VERİLECEKTİR)	• TEST BAZINDA ANALİZ ÖNCESİ HAZIRLIK İŞLEMLERİ • Numune kabul-ret kriterleri • Test Öncesi Hazırlık İşlemleri • Ön Hazırlık Gerektiren Testler • Ön Hazırlık İşlemleri (EĞİTİM BİYOKİMYA LABORATUVARINDA Dr. Hayrettin YAVUZ TARAFINDAN VERİLECEKTİR)	LABORATUVAR İÇİ GENEL DEĞERLENDİRME TOPLANTISI



GBBLO5 Zamanında Verilmeyen Sonuçlar

DOKÜMAN KODU

CÜH.EYS.FR.63-14

YAYIN TARİHİ

ARALIK 2014

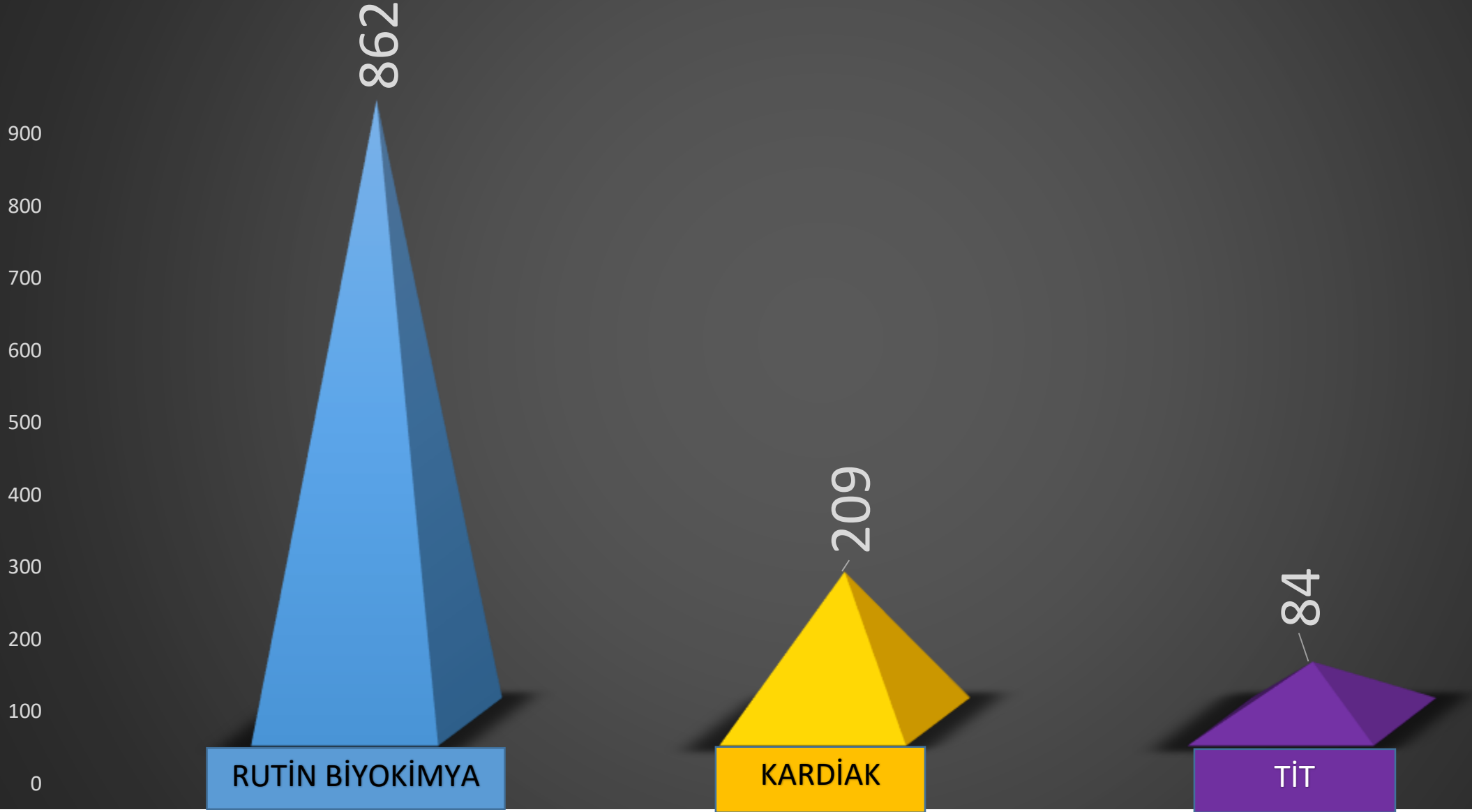
BİYOKİMYA LABORATUVARI
POSTANALİTİK EVRE

(ZAMANINDA VERİLMİYEN SONUÇLAR) VERİ VE ANALİZ FORMU

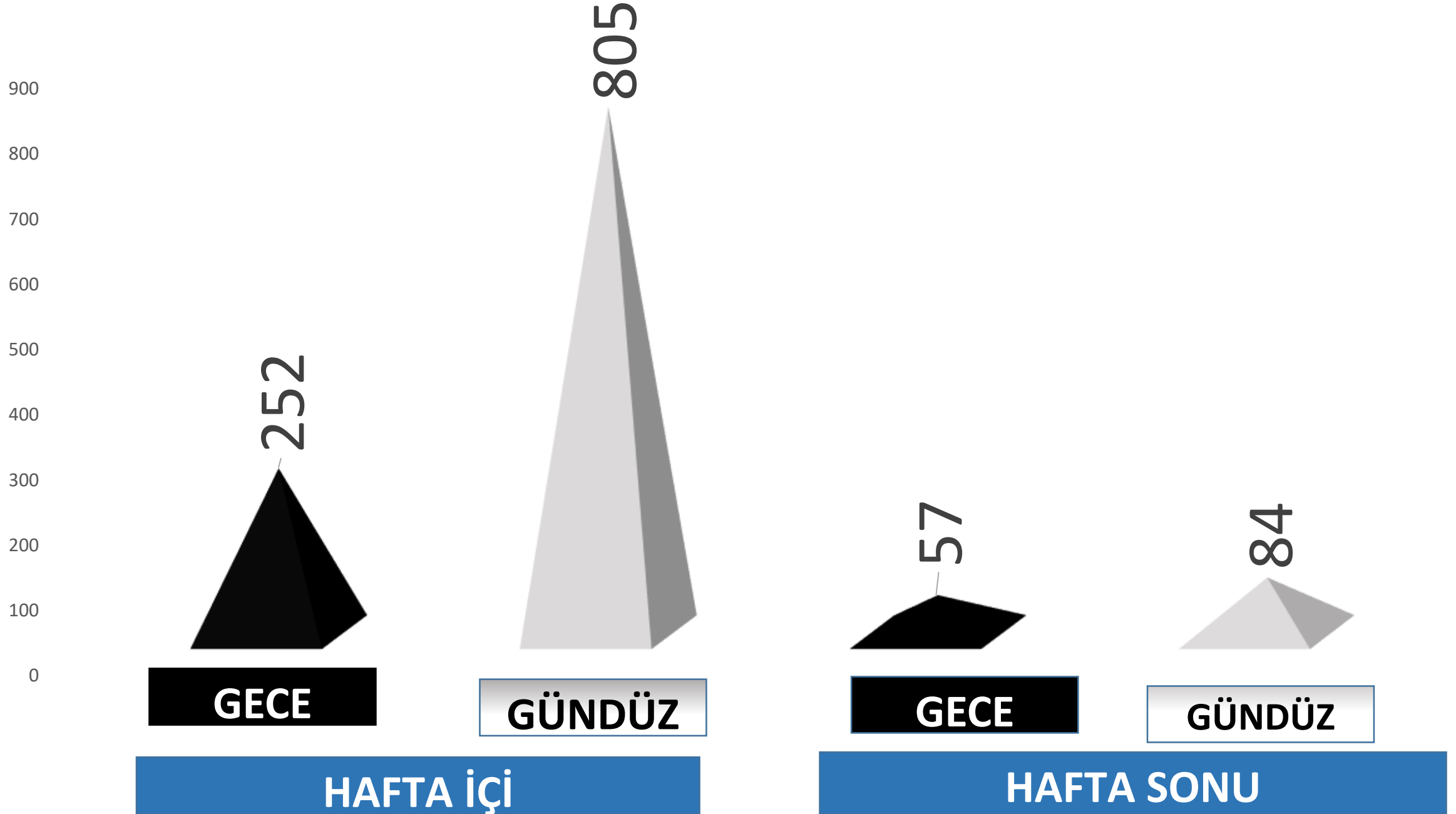
TOPLAM NUMUNE SAYISI 30.615
ZAMANINDA VERİLMİYEN 3.967
ACİL SERVİSE AİT 1.198

TARİH: TEMMUZ 2016		
ACİL SERVİS ZAMANINDA VERİLMİYEN SONUÇ SAYISI		1198
TOPLAM ZAMANINDA VERİLMİYEN SONUÇ SAYISI		3967
TOPLAM KABUL EDİLEN NUMUNE SAYISI		30615
TOPLAM ZAMANINDA VERİLMİYEN SONUÇ SAYISI ORANI	İLGİLİ AYDA ZAMANINDA VERİLMİYEN SONUÇ SAYISI/TOPLAM NUMUNE SAYISIX100	% 12.9
CİHAZ BAZINDA ZAMANINDA VERİLMİYEN SONUÇ SAYISI		
CİHAZ ADI	TOPLAM SAYI	
MİNDRAY	-	
ACL TOP	-	
PERİFERİK YAYMA	-	
AQT 90	61	
SEDİMENTASYON	-	
TİT	151	
AU 5800	3087	
DXI 600-800	625	
RAPOR:		
ELDE EDİLEN VERİLER:		
1. Zamanında verilemeyen sonuç <u>oranı % 12.9</u> olarak belirlenmiştir.		
2. Acil servis zamanında verilemeyen sonuç sayısı <u>1198</u> ' tir.		
3. En çok gecikmenin <u>rutin cihazlarında olduğu</u> tespit edilmiştir.		
4. Gecikme nedenleri detaylı olarak incelenmiş ve;		
4.1. <u>Uzman onay gecikmesi</u> nedeniyle geciken numune sayısı 1400,		
4.2. <u>Gece gelen hormon testlerinde</u> dolayı geciken test sayısı 352,		
4.3. <u>Teknik onay kaynaklı</u> geciken numune sayısı 674 olarak belirlenmiştir.		
SONUÇ:		
1. Asistan Dr. sayısı yetersiz olması nedeniyle 2 aydan beri devam eden onay gecikmelerinin devam ettiği tespit edilmiştir.		
Doc. Dr. Hüseyin AYDIN		
C.Ü. Tıp Fak. Hastaneleri		
Klinik Biyokimya Lab.		
Dip.No: 31-120		
İlham SİĞİR		
Biyokimya Lab. Kalite		
Sorumlu Teknikeri		

ACİL SERVİS ZAMANINDA VERİLMİYEN NUMUNE TÜRÜ

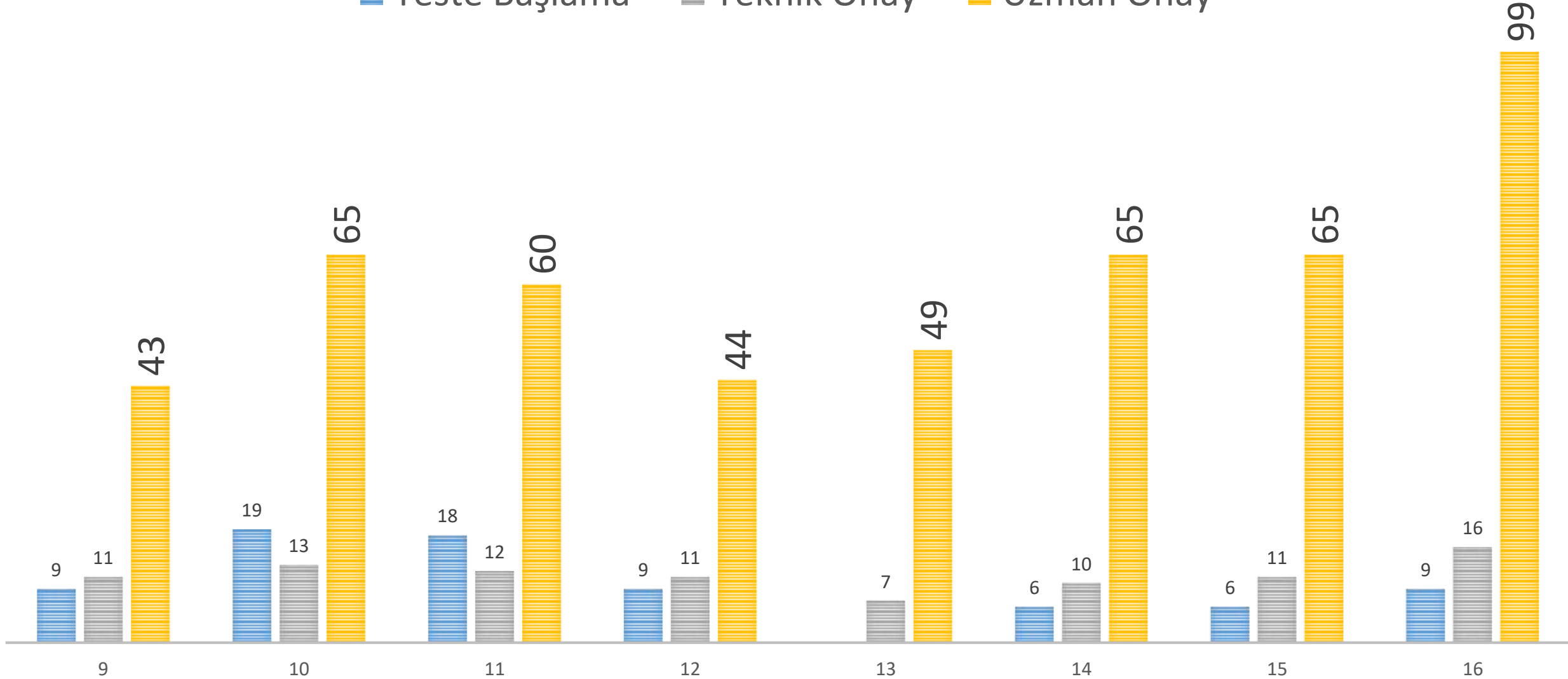


ACİL SERVİS ZAMANINDA VERİLMİYEN



TEMMUZ 2016 HAFTAİÇİ GÜNDÜZ ACİLDE GECİKEN TEST SAYILARI (SAAT GRUPLU)

■ Teste Başlama ■ Teknik Onay ■ Uzman Onay



DÜZELTİCİ İŞLEMLERİN İNCELEMESİ

İsteyen Birim: BİYOKİMYA LABORATUVARI

Hata Tespit Tarihi: 19.04.2016

Giderme Tarihi: 19.05.2016

Tanımı: Biyokimya laboratuvarının zamanında verilemeyen sonuç analizinde en çok gecikmenin acil servise ait hastalarda olduğu görülmüştür. Acil serviste gecikmenin nedeni araştırıldığında; acil servise başvuran hastaların ilgili servislere yatışı yapıldıktan sonra kayıtlarının hala acil serviste gibi görüldüğü belirlenmiştir. Bu durum, SKS kapsamında yapılması zorunlu olan zamanında verilemeyen sonuç analizinin sağlıklı yapılmasını engellemektedir.

Öneri:

Neden Kaynaklandı:

Nasıl Giderildi: İlgili kodlarda inceleme yapıldığında; sorgu sonucunda gösterilen Servis adının tetkikin istendiği servise ait olduğu dolayısı ile hasta ister acilden yatsın ister başka bir servisten yatışa geçtikten sonra tetkik istenildiğinde yatış yapılan birime ait ismin çıktığı görülmüştür.

Alınan Tedbirler:

Hata saptanmadı...

Yapılma Tarihi: 2016-05-27

Açıklama: Analizler, istatistik biriminden alınan verilerle yapılmaktadır. Çekilen verilerde Acil serviste görülen numunelere ait barkod numaraları, sıralı sonuç listesinden kontrol edildiğinde bu numunelerin Acil servisteki hastalara değil, klinikte yatan hastalara ait olduğu görülmektedir. İstatistik biriminden alınan bu verilerde yatan hastaların halen Acil serviste gibi görünmemesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Sonuç: Yeterli

Son Durum: Açık

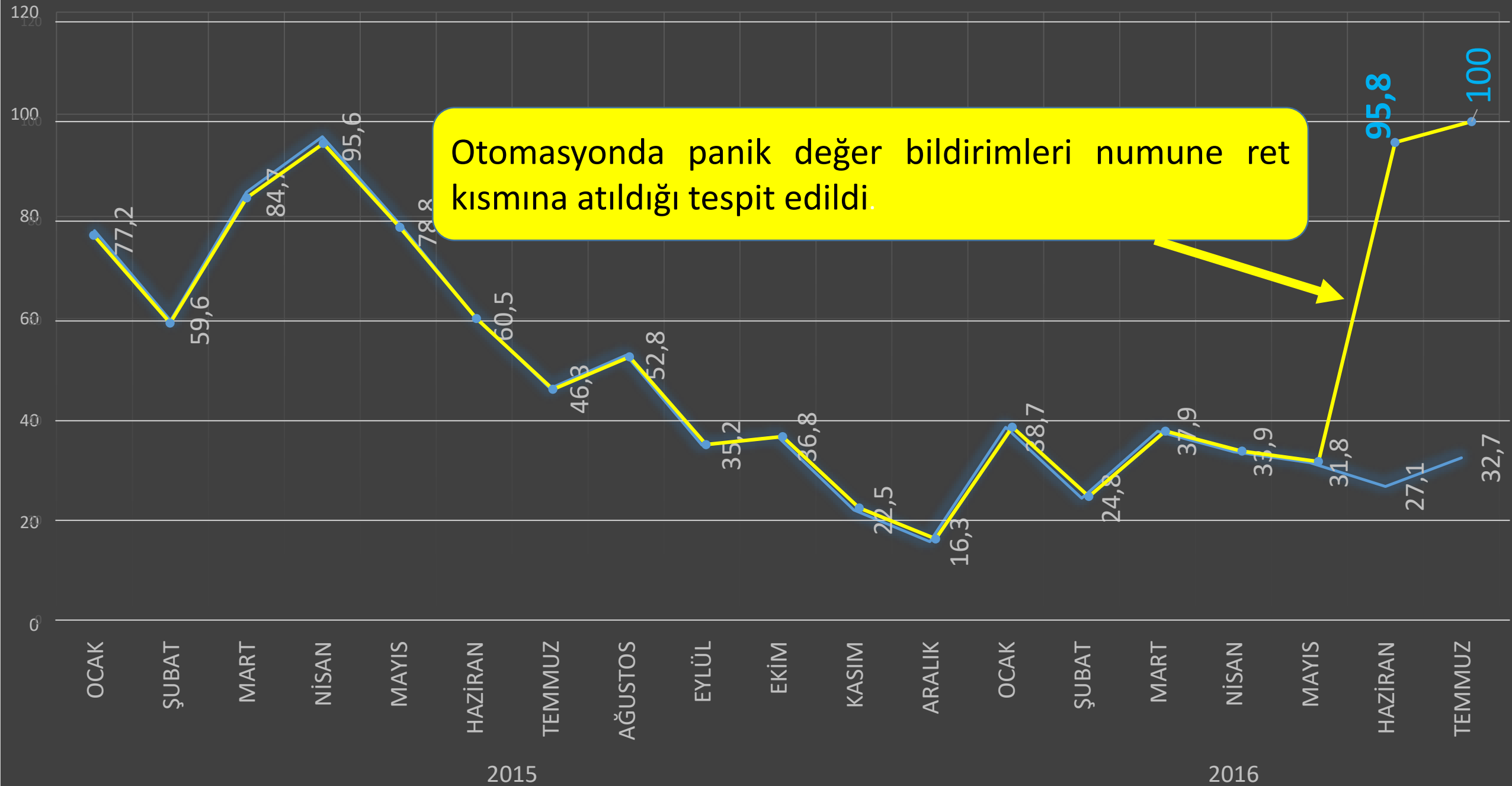
Tarih: 2016-06-02

DÖF
OTOMASYON

Acil servisten ilgili kliniğe yatan hastaların kayıtları hala acil serviste görüldüğü tebit edildi.

GBBL07 Panikdeğer Bildirim Oranı

PANİK DEĞER BİLDİRİM ORANLARI



ÖRNEK PANİKDEĞER BİLDİRİMİ

2.3.2016										
					BİLDİRİM		SAAT			
DURUM	HASTA ADI	SERVİS ADI	TEST ADI	SONUÇ	YAPILAN	YAPAN	İSTEM	BAŞLANGIÇ	BİTİŞ	BİLDİRİM
PANİK DEĞER		Acil Tıp	CKmb	152	ULASILAMADI 1751	Fatih ÇINAR	17:40:00	17:53:00	18:06:00	18:07:00
PANİK DEĞER		Acil Tıp	Troponin I	16,2	DR GÜLDEN	MEHTAP ESKİNOVA	22:18:00	22:30:00	22:44:00	22:45:00
PANİK DEĞER		Acil Tıp	CKmb	132	DR GÜLDEN	MEHTAP ESKİNOVA	22:18:00	22:35:00	22:46:00	22:47:00

İsteyen Birim:	BİYOKİMYA LABORATUVARI
Hata Tespit Tarihi:	19.04.2016
Giderme Tarihi:	19.05.2016
Tanımı:	Biyokimya laboratuvarının panik değer bildirimleri Tel-gör formu doldurularak yapılmaktadır. Herhangi bir hastaya ait panik değer bildirimi yapıldıktan sonra, Tel-gör formu üzerinde ikinci bildirim yapılamamaktadır, ikinci bildirimi yapabilmek için <u>hasta onayı kaldırılmak zorundadır</u> . Tel-Gör listesi doldurulurken kimseye ulaşılamadığında sonuç gecikmesine yol açmamak için 'ULAŞILAMADI' ibaresi ile sistem kapatılmaktadır. Daha sonra telefon ile bildirim yapıldığında Tel-Gör listesi doldurulamadığından bildirim yapıldığı ispatlanamamaktadır.
Oneri:	Panik değer bildirimi yapılırken her hasta için birden fazla Tel-Gör listesi açılmasının sağlanması sorunun çözümünde yardımcı olacaktır.
Neden Kaynaklandı:	
Nasıl Giderildi:	
Alınan Tedbirler:	Tel-gör formu her bir tetkik için onaylı olsun yada olmasın istenilen sayıda kayıt yapılabilirmekte olup herhangi bir kısıtlama bulunmamaktadır...Seçilen bir laboratuar kullanıcısı ile giriş yapıp test edilmiştir.
	Sorun Saptanmadı...
Yapılmataarihi:	2016-05-27
Açıklama:	Tel-gör formunun tekrar doldurulabilmesi için sonuç onayının kaldırılması gerekmektedir. Sonuç onayının kaldırılması ise onay zamanında gecikmeye neden olmakta ve süreci aksatmaktadır. Bu nedenle Tel-gör formunun onay kaldırılmadan tekrar yapılabiliyor olmasının sağlanması ve yeni bir Tel-gör formunun açılması sağlanmalıdır.
Sonuç:	Yeterli ▼
Son Durum:	Açık ▼
Tarih:	2016-06-02

KLİNİK BİYOKİMYA LABORATUVARI
TOPLANTI RAPORU

Toplantı Konusu	2015 Yılı Kalite Değerlendirmesi	
Toplantı Tarihi/Saati	14.01.2016 / 14:00	
Toplantı Yeri	Biyokimya Laboratuvarı	
Toplantıya Katılanlar	Klinik Biyokimya Lab.Sorumlusu	:Yrd.Doç.Dr.Özlem DEMİRPENÇE 
	Klinik Biyokimya Lab.Kalite Sor.	: Doç. Dr. Hüseyin AYDIN 
	Klinik Biyokimya Lab.	:Yrd. Doç.Dr. H.Okan DOĞAN 
	Klinik Biyokimya Lab.Arş. Gör	: Dr. Duygu OĞUZ ACIBUCU 
	Klinik Biyokimya Lab.Arş. Gör	: Dr. Hayrettin YAVUZ 
	Klinik Biyokimya Lab.Arş. Gör	: Dr. Serdar EZİN 
	Klinik Biyokimya Lab. Sor. Tekn.	: Ömer EMRAHOĞLU 
	Klinik Biyokimya Lab.Kalite Sor.Tekn.	: İlham ÇİĞİR 
	Klinik Biyokimya Lab. Stok Sor.	: Demet KABLAN 

TOPLANTI KARARLARI

13.02.2015 tarihinde yapılan toplantı sonucunda;

1- 2015 yılı Ocak ayı değerlendirmesi yapıldı.

Yapılan aylık analizlerin değerlendirilmesi sonucunda;

a- Arıza bildirim analizi

- 2014 aralık ayı arıza oranı : % 1,72 belirlenmiştir.
- 2015 yılı hedefi < %1 olarak belirlenmiştir.

b- Panik değer analizi

- 2014 aralık ayı panik değer bildirim oranı : % 71,79 olarak tespit edilmiştir.
- 2015 yılı ocak ayı hedefi %75, 2015 yılı hedefi %100 olarak belirlenmiştir.
- Yeni panik değer bildirim talimatı hazırlanmış ve çalışanlara bilgi verilmiştir.

c- Test tekrar analizi

Aralık ayı test tekrarlarımız % 5'in altında çıkmıştır. PFA cihazında % 7,2 olarak görülmüştür. 111 hastadan 8 tekrar yapıldığı için oran yükselmiştir. Bunun sebebinin de hava kabarcığından olduğu tespit edilmiştir. Test tekrar oranlarının genelde düşük olduğu gözlenmiş olup; test tekrarları ile ilgili;

- Yüksek çıkan sonuçlarla ilgili ne yapılması gerektiği,
- Talimat çıkarılması,
- Cihaz bakım saatlerinin değiştirilmesi,

d- Zamanında verilemeyen sonuç analizi

- Zamanında verilmeyen sonuçların analizi yapılırken gece ve gündüz ayrımı yapılması,
- Zamanında verilmeyen sonuç oranının tüm teknikerlerin uzman onay yetkisi olmaması nedeniyle yüksek olduğu tespit edilmiş ve bu gecikmeleri önlemek için tüm teknikerlere uzman onay yetkisi verilmiştir.

e- Materyal ret analizi

2014 Aralık ayı materyal ret oranı : % 1,2 olarak belirlenmiştir.

- 03.02.2015 tarihinde servislerde kan almakla görevli personele eğitim planlanmıştır.

 **UMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**



POLİKLİNİKLER GİRİŞİ