

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۹/۲۰	 <b>آزمایشگاه مرجع معاونت بهداشت</b>	فرم: گزارش عدم انطباق صفحه: ۱ از ۲
---------------------------	---	---------------------------------------

### فرم گزارش عدم انطباق /رخداد مرتبط با آزمایشگاه

نام آزمایشگاه: نام بخش: فرد گزارش کننده: تاریخ گزارش:

محل وقوع عدم انطباق /رخداد: تاریخ وقوع عدم انطباق /رخداد:

لطفا نوع عدم انطباق /رخداد را در فهرست مشخص نموده و مستندات مرتبط را پیوست نمایید. در صورتیکه عدم انطباق /رخداد 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 برچسب نمونه یا فاقد برچسب 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 نشت 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 آزمایش (عدم انطباق با کنترل کیفیت)	<input type="checkbox"/> تاخیر یا عدم گزارش <input type="checkbox"/> بموقع نتایج <input type="checkbox"/> عدم گزارش سریع نتایج بحرانی (تماس تلفنی) <input type="checkbox"/> نتایج به محل نادرست 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"/> انبارش نامناسب کیتها و معرفهای آزمایشگاهی سایر:
<b>شرح مختصر عدم انطباق /رخداد:</b>			
تاریخ		امضا	
نام و نام خانوادگی			
<b>گزارش بررسی اولیه و اقدام فوری جهت رفع موارد عدم انطباق /رخداد:</b>			
تاریخ		امضا	
نام و نام خانوادگی			



گزارش بررسی جامع و اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه جهت عدم وقوع مجدد موارد عدم انطباق/ارخداد:

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

گزارش اطلاع رسانی بموقع و کامل به کلیه ذینفعانی که عدم انطباق/ارخداد به آنها مربوط میشود:

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

گزارش اقدامات نهایی شامل پایش برای اطمینان از عدم وقوع مجدد عدم انطباق/ارخداد:

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا