

Số: 1221 /BC-BV

Phú Thọ, ngày 14 tháng 7 năm 2022

**BÁO CÁO**  
**KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG PHÒNG XÉT NGHIỆM Y HỌC**  
**THEO TIÊU CHUẨN ISO 15189: 2012 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**  
**PHÚ THỌ NĂM 2022**

**I. THÔNG TIN ĐOÀN KIỂM TRA**

**1. Đoàn đánh giá Văn phòng Công nhận Chất lượng (BOA)**

**1.1. Đoàn đánh giá chất lượng xét nghiệm tại Đơn vị Vi sinh**

- Trưởng đoàn: Thạc sỹ. Nguyễn Hồng Nhung
- Chuyên gia đánh giá kỹ thuật: PGS. TS. Lê Thu Hồng

**1.2. Đoàn đánh giá chất lượng xét nghiệm tại Đơn vị Xét nghiệm Huyết học**

- Trưởng đoàn: Thạc sỹ. Vũ Minh Vỹ
- Chuyên gia đánh giá kỹ thuật: PGS. TS. Lý Tuấn Khải

**2. Đoàn hỗ trợ đánh giá (BVĐK tỉnh Phú Thọ)**

**1. Trưởng đoàn kiểm tra:**

- BSKKII. Lê Na - Trưởng đoàn
- Vị trí công tác: Phó Giám đốc Bệnh viện
- Địa chỉ email: [lana.vt79@gmail.com](mailto:lana.vt79@gmail.com)
- Điện thoại liên hệ: 0961.879.888

**2. Thư ký đoàn kiểm tra:**

- Thạc sỹ Phạm Ngọc Vinh – Thư ký
- Vị trí công tác: Phụ trách phòng Quản lý chất lượng
- Địa chỉ email: [phamngocvinh87@gmail.com](mailto:phamngocvinh87@gmail.com)
- Điện thoại liên hệ: 0985.700.007

**3. Thành viên đoàn kiểm tra:**

- Ông Cao Văn Khoa, Giám đốc TT Xét nghiệm - Phó trưởng đoàn
- Bà Nguyễn Thị Huyền, Giám đốc TT Huyết học Truyền máu - Phó trưởng đoàn và các thành viên trong đoàn kiểm tra đánh giá (*phụ lục 1*)

## II. KẾT QUẢ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ

### 1. Đơn vị Vi sinh

- Ngày dự kiến thực hiện xong hành động khắc phục: 9/2022
- Nhận xét và kiến nghị chung:
  - + Đơn vị Vi sinh – Trung tâm Xét nghiệm thuộc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ nhìn chung vẫn duy trì và áp dụng hệ thống quản lý chất lượng phù hợp yêu cầu tiêu chuẩn ISO 15189:2012 và ARLM 03.
  - + Trang thiết bị phù hợp với phạm vi đăng ký công nhận. Nhân viên được đào tạo đúng chuyên ngành. Tuy nhiên, Trung tâm cần thực hiện hành động khắc phục một số điều không phù hợp để hoàn thiện hệ thống chất lượng.
  - + Đề nghị Văn phòng Công nhận Chất lượng công nhận đối với Đơn vị Vi sinh, Trung tâm Xét nghiệm thuộc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ sau khi đơn vị thực hiện có hiệu quả các phát hiện đề cập trong báo cáo đánh giá.
  - Mô tả những phát hiện trong quá trình đánh giá:

TT	Nội dung những phát hiện (ghi rõ nơi xảy ra/phép thử, hiệu chuẩn/thiết bị/tiện nghi và tài liệu liên quan)	Người phát hiện	Chuẩn mực	Mức độ không phù hợp	Ngày thực hiện xong HĐKP
<b>a. ĐIỂM KHÔNG PHÙ HỢP: 6</b>					
1.	Chưa có bằng chứng xem xét các yêu cầu về mẫu năm 2022 (gần nhất là tháng 1/2021) Hồ sơ đánh giá nội bộ chưa đầy đủ: <ul style="list-style-type: none"><li>- Nội dung đánh giá không đủ theo ISO 15189 trong kế hoạch đánh giá nội bộ</li><li>- Phiếu đánh giá cá nhân: thiếu</li><li>Báo cáo đánh giá nội bộ</li></ul>	NHN	4.14	2	
2.	Chưa thực hiện xem xét của lãnh đạo cho năm 2021. Lần gần nhất là 11/2020.	NHN	4.15	2	
3.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bản mô tả công việc của QLKT và QLCL cần được đề cập trong bản mô tả công việc của mỗi người.</li><li>- Nhân viên được khám sức khỏe hàng năm nhưng chưa có bản sao kết quả khám sức khỏe, kể cả kết quả xét nghiệm lưu hồ sơ nhân sự để theo dõi các bệnh có nguy cơ phơi nhiễm (VD: HBsAg, Anti HBs, HIV)....</li><li>- Một số nhân viên mới được tiêm 1 mũi vắc xin phòng viêm gan B từ năm 2017, đề nghị các nhân viên cần được tiêm phòng đủ liều vắc xin VGB cơ bản (3 mũi) và sau 3 – 5 năm cần tiêm 1 mũi nhắc lại để đảm bảo miễn dịch bền vững</li></ul>	NHN LTH	5.1	2	

	suốt đời. Nhân viên cần phải được xét nghiệm định lượng kháng thể kháng vi rút viêm gan B (anti-HBs) để đánh giá hiệu quả sau tiêm vắc xin.				
4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QC chai cấy máu theo lot chưa có bằng chứng QC chai cấy máu của 2 lot đang sử dụng.</li> <li>- Cần quy định xem xét kết quả mẫu ngoại kiểm trước khi gửi đơn vị ngoại kiểm và sau khi nhận thông báo kết quả ngoại kiểm.</li> <li>- Cần có quy định bằng văn bản cách KXN thực hiện thông báo với người sử dụng khi có sự sai khác kết quả có thể ảnh hưởng đối với lâm sàng và khi qui trình XN thay đổi.</li> </ul>	NHN LTH	5.6	2	
5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trên phiếu trả KQ XN vi sinh: định danh vi khuẩn/nấm, XN miễn dịch thì phần giá trị tham chiếu/giá trị bình thường còn để trống (phải điền chữ “ÂM TÍNH” hoặc giá trị cụ thể về khoảng tham chiếu); Cột ghi chú nên sửa thành “máy XN/Phương pháp XN).</li> </ul>	LTH	5.8	2	
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chưa qui định bảo trì, bảo dưỡng hệ thống thông tin định kỳ.</li> <li>- Danh sách phân quyền sử dụng hệ thống thông tin chưa được cập nhật năm 2022.</li> <li>- Hồ sơ kiểm tra hệ thống thông tin của khoa chưa thể hiện được các công việc kiểm tra, không có ngày tháng thực hiện và bằng chứng thực hiện.</li> <li>- PXN cần bổ sung hướng dẫn sử dụng phần mềm Labcom.</li> </ul>	NHN LTH	5.10	2	
<b>b. KHUYẾN NGHỊ: 8</b>					
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KXN có quy định bằng văn bản về cấy chuyên và bảo quản chủng chuẩn và chủng từ người bệnh nhưng nên sửa lại quy trình ở bước cách hồi phục chủng và KXN cần có hồ sơ kiểm soát việc sử dụng chủng.</li> <li>- Trong quy trình có đề cập đến việc thống kê sinh phẩm/hóa chất/vật tư tiêu hao hết hạn, tuy nhiên nên có hướng dẫn cụ thể các bước xử lý hàng hóa hết hạn/kém chất lượng, cần bổ sung “Tờ trình đề nghị thanh lý sinh phẩm hết hạn” (dẫn chiếu đến Quy trình xử lý hàng hóa hết hạn/kém chất lượng)</li> </ul>	LTH	5.3	0	
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KXN cần bổ sung diễn giải giá trị lâm sàng của các xét nghiệm trong sổ tay dịch vụ.</li> </ul>	LTH	5.4	0	
3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nên có chương trình đào tạo nhân viên mới, bài định hướng nhân viên mới, bằng chứng chạy máy đánh giá năng lực nhân viên.</li> </ul>	NHN LTH	5.1	0	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nên cập nhật hiệu lực công nhận của PXN bên ngoài (bệnh viện nhiệt đới TW...).</li> <li>- Danh sách bác sỹ tư vấn bên ngoài nên được cập nhật năm 2022 (hiện tại có của năm 2021) mặc dù không có thay đổi.</li> </ul>	NHN	4.5	0	

5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hồ sơ theo dõi điều kiện môi trường nên có thông tin về thiết bị kiểm soát.</li> <li>- KXXN nên bổ sung quy định bằng văn bản cách thực hiện để bảo vệ thông tin y tế, mẫu bệnh phẩm tránh những người không có thẩm quyền tiếp cận.</li> <li>- Hồ sơ kiểm tra vi sinh không khí nên có người xem xét và phê duyệt.</li> <li>- Hồ sơ kiểm tra chất lượng môi trường, cần liên kết tới chủng gốc sử dụng.</li> </ul>	NHN LTH	5.2	0	
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nên thiết kế biểu mẫu ghi đủ tiến trình nuôi cấy theo các mốc thời gian nuôi cấy, thời gian đọc kết quả và liên kết tới môi trường, chủng gốc sử dụng thay vì ghi sổ như hiện nay để thống nhất các thông tin cần ghi.</li> </ul>	NHN	4.13.2	0	
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nên đánh giá hiệu quả của các biện pháp kiểm soát rủi ro đã thực hiện.</li> <li>- Có thực hiện khảo sát và tổng kết ý kiến khách hàng. Bản tổng hợp nên đưa ra các biện pháp và hoạt động cải tiến.</li> </ul>	NHN	4.14	0	
8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kế hoạch thực hiện xác nhận quy trình cho các chỉ tiêu xét nghiệm có tên chủng, tuy nhiên nên ghi rõ nguồn gốc chủng (giải thích từ viết tắt).</li> </ul>	LTH	5.5	0	

## 2. Đơn vị Xét nghiệm Huyết học

- Ngày dự kiến thực hiện xong hành động khắc phục: 9/2022
- Nhận xét và kiến nghị chung:

+ Đơn vị Xét nghiệm Huyết học, Trung tâm Huyết học - Truyền máu thuộc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ đã xây dựng và đang áp dụng duy trì hệ thống quản lý chất lượng phù hợp yêu cầu tiêu chuẩn ISO 15189:2012 và AGLM 01. Tuy nhiên, trong quá trình áp dụng và cải tiến, Đơn vị Xét nghiệm Huyết học có một số điểm chưa phù hợp cần khắc phục.

+ Đề nghị Văn phòng Công nhận Chất lượng duy trì công nhận Đơn vị Xét nghiệm Huyết học, Trung tâm Huyết học – Truyền máu thuộc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ sau khi đơn vị thực hiện có hiệu quả các phát hiện đề cập trong báo cáo đánh giá.

- Mô tả những phát hiện trong quá trình đánh giá:

TT	Nội dung những phát hiện (ghi rõ nơi xảy ra/phép thử, hiệu chuẩn/thiết bị/tiện nghi và tài liệu liên quan)	Người phát hiện	Chuẩn mực	Mức độ không phù hợp	Ngày thực hiện xong HĐKP
<b>a. ĐIỂM KHÔNG PHÙ HỢP: 5</b>					
1.	- Hồ sơ nhân sự mới Ms Kim Liên (có kinh nghiệm từ đơn	VMV	5.1	2	

<p>vị khác về đơn vị xét nghiệm huyết học từ tháng 04/2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nhân viên mới có kế hoạch phổ biến nội quy quy định, chuyên môn tuy nhiên nên có chữ ký xác nhận của người đào tạo và hồ sơ đánh giá kết quả các chương trình đào tạo.</li> <li>+ Bằng chứng miễn dịch chưa thấy có.</li> <li>+ Lý lịch chú ý bổ sung đầy đủ các khóa đào tạo kể cả đào tạo nội bộ, đào tạo bên ngoài theo biểu mẫu QTQL 5.1 BM 01.</li> <li>- KXN cần cập nhật lại Bản mô tả công việc của tất cả nhân viên đơn vị Xét nghiệm Huyết học theo phiên bản 1.1 ban hành ngày 10/5/2021.</li> </ul>	LTK	ARLM 03		
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quan sát lấy mẫu: tại khoa Khám bệnh</li> <li>+ Bàn lấy mẫu chưa đảm bảo an toàn sinh học.</li> <li>+ Ghế ngồi người được lấy mẫu chưa có tay vịn tránh trường hợp bệnh nhân choáng ngất ngã.</li> <li>+ Các KTV lấy mẫu chưa đeo găng tay (kể cả đối với KTV có thương ở ngón tay).</li> <li>+ Thứ tự bơm mẫu chưa đúng, đầu kim bơm chạm thành ống có chất chống đông sẽ gây sai về kết quả.</li> <li>+ Lắc mẫu chưa đủ số vòng theo quy định.</li> <li>+ Thẻ tích mẫu chưa đủ theo quy định/ nên lấy mẫu bằng vacuum đảm bảo thẻ tích.</li> <li>+ Chưa hỏi, kiểm tra đầy đủ thông tin về người khám bệnh.</li> <li>+ Bổ sung hướng dẫn cấp cứu khi người khám bệnh bị ngất.</li> <li>+ Chú ý sắp xếp trên bàn lấy mẫu theo khu vực sạch bẩn.</li> <li>+ Nên tạo tính riêng tư khi lấy mẫu để thuận lợi cho việc trao đổi thông tin.</li> <li>- Quan sát nhận mẫu và khu vực xét nghiệm:</li> <li>+ Về thẻ tích đối với ống chất chống đông EDTA chưa đủ thể tích (quy định ~ 2mL), có ống chưa đến 1 mL.</li> <li>+ Cần cải tiến khắc phục hệ thống thông tin kết nối 2 chiều từ bác sỹ chỉ định và máy xét nghiệm.</li> <li>+ Chưa có phần mềm quản lý mẫu (nhận mẫu, từ chối mẫu, lưu mẫu).</li> <li>+ Chưa có hướng dẫn về tiêu chí chấp nhận mẫu tại nơi nhận mẫu.</li> <li>+ Nên sắp xếp lại khu vực nhận mẫu chung và chuyển mẫu tới các đơn vị để thuận lợi hơn.</li> <li>+ Quan sát mẫu Barcode: 001437695 ngày 06/07/2022 đang ghi nhận lấy mẫu 6h, nhận mẫu lúc 8h25 và tại thời điểm quan sát 9h05 chưa có kết quả.</li> <li>- Sổ tay dịch vụ khách hàng:</li> <li>+ Trang 24-25 cần tham khảo chính xác số lần lắc ống mẫu (có thể tham khảo theo yêu cầu hãng BD và tài liệu CLSI H3-A5).</li> <li>+ Trang 20-21 cần xem lại thẻ tích mẫu đang quy định từ</li> </ul>	VMV LTK	5.4 ARLM 03	2	

	1,2 mL ~ 2mL đối với các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, đông máu (yêu cầu 2mL ± 10%).				
3.	Đối với chỉ tiêu mở rộng PT trên máy STA hiện chưa đầy đủ các thông số do chưa đủ hóa chất (ảnh hưởng việc mua sắm đầu thầu), cần hoàn thiện lại đầy đủ hồ sơ xác nhận giá trị sử dụng.	VMV LTK	5.5 ARLM 03	2	
4.	- KXN cần có quy định chạy mẫu QC cho mỗi lần thay hóa chất (cùng lot, hạn sử dụng) để kiểm tra hóa chất trước khi chạy mẫu bệnh nhân. - Chưa có phần mềm QC (đánh giá kết quả sẽ khó khăn).	LTK	5.6	2	
5.	- Hồ sơ mẫu: 001440623, 001440888 ngày 07/07/2022 báo cáo kết quả cần sửa thông tin về người lấy mẫu, chất lượng mẫu, thời gian nhận mẫu, người nhận mẫu, biểu mẫu báo cáo kết quả, chữ ký người phê duyệt kết quả. - Chưa lưu hồ sơ kiểm tra hệ thống thông tin của phòng CNTT theo quy định trong mục 5.4.1 của Quy trình quản lý thông tin phòng xét nghiệm QTQL 5.10.	VMV LTK	5.9 5.10 ARLM 03	2	
<b>b. KHUYẾN NGHỊ: 6</b>					
1.	Sở từ chối mẫu: chủ yếu từ chối do không có bệnh phẩm và máu đông, đơn vị xét nghiệm cần trao đổi với Phòng Quản lý chất lượng để khắc phục chỉ số này. Hồ sơ cần ghi rõ tên người tiếp nhận thông tin. Tỷ lệ từ chối mẫu < 0,6% cần tiếp tục cải tiến	VMV	4.1	0	
2.	- Hệ thống tài liệu của các trung tâm/ đơn vị nên kết hợp với phòng Quản lý chất lượng xem xét quản lý các quy trình chung. - Danh mục tài liệu bên ngoài nên bổ sung thêm các tài liệu của cơ quan công nhận BoA, các tài liệu chuyên môn trong và ngoài nước để tham khảo CLSI, CLIA, các tài liệu ban hành của BoA năm 2020 (hiện đang áp dụng phiên bản năm 2016).	VMV	4.3	0	
3.	- Hồ sơ xem xét về mẫu: thời gian lấy, vận chuyển, bảo quản, khối lượng, thể tích, dụng cụ về mẫu đối với các đơn vị sử dụng trong hồ sơ tuy nhiên chưa có tài liệu quy định cụ thể về tần suất và nội dung. - Đã có hồ sơ đánh giá rủi ro có thể ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm trước, trong và sau xét nghiệm tuy nhiên nội dung chưa chi tiết các bước thực hiện đánh giá tác động của các nguy cơ (rủi ro) có thể ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm trong quá trình trước xét nghiệm: chuẩn bị bệnh nhân/ trao đổi thông tin, chuẩn bị dụng cụ lấy mẫu/ tránh kéo dài thời gian garo, lấy mẫu đúng thể tích, cách lắc mẫu và đủ số vòng, thứ tự bơm ống mẫu, dụng cụ lấy mẫu bơm/ kim và ống chứa mẫu	VMV	4.14.2 4.14.6	0	
4.	Chú ý thời hạn hiệu chuẩn của thiết bị theo kế hoạch đảm bảo tính liên kết chuẩn theo quy định trong ARL03. Thời	VMV LTK	5.3	0	

	điểm hiệu chuẩn tháng 08/2020 tuy nhiên đến tháng 04/2022 mới thực hiện (trễ 08 tháng so với kế hoạch).				
5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KXN đã có hồ sơ xác nhận khoảng tham chiếu thông qua Hội đồng khoa học bệnh viện tuy nhiên nên bổ sung hồ sơ xem xét khoảng tham chiếu hàng năm.</li> <li>- Các quy trình xét nghiệm số lượng hồng cầu, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, lượng huyết sắc tố, hematocrit trên máy XN2000; xét nghiệm APTT, Fibrinogen trên máy Star Evolution: nên cân nhắc quy định lại số lượng mẫu bệnh nhân chạy nội kiểm cụ thể với từng loại xét nghiệm cụ thể.</li> </ul>	VMV LTK	5.5	0	
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KXN nên quy định lại cách thiết lập mean, SD khi thay lot QC mới cụ thể với từng loại xét nghiệm.</li> <li>- KXN nên lưu đầy đủ hồ sơ khắc phục đối với các lỗi nội kiểm 10X.</li> <li>- KXN nên bổ sung đầy đủ các nội dung của báo cáo xem xét và hành động khắc phục đối với kết quả ngoại kiểm không đạt.</li> </ul>	LTK	5.6	0	

### III. KẾT LUẬN

1. Đơn vị Vi sinh – Trung tâm Xét nghiệm thuộc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ nhìn chung vẫn duy trì và áp dụng hệ thống quản lý chất lượng phù hợp yêu cầu tiêu chuẩn ISO 15189:2012 và ARLM 03. Trang thiết bị phù hợp với phạm vi đăng ký công nhận. Nhân viên được đào tạo đúng chuyên ngành. Tuy nhiên, Trung tâm cần thực hiện hành động khắc phục với 6 điều không phù hợp đã chỉ ra và cải tiến 8 điểm khuyến nghị để hoàn thiện hệ thống chất lượng.

2. Đơn vị Xét nghiệm Huyết học, Trung tâm Huyết học - Truyền máu thuộc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ đã xây dựng và đang áp dụng duy trì hệ thống quản lý chất lượng phù hợp yêu cầu tiêu chuẩn ISO 15189:2012 và AGLM 01. Tuy nhiên, trong quá trình áp dụng và cải tiến, Đơn vị Xét nghiệm Huyết học cần thực hiện hành động khắc phục với 5 điều không phù hợp đã chỉ ra và cải tiến 6 điểm khuyến nghị để hoàn thiện hệ thống chất lượng.

### IV. KHUYẾN NGHỊ

#### 1. Ban Lãnh đạo bệnh viện

- Phó Giám đốc (BSCKII. Lê Na) trực tiếp chỉ đạo các đơn vị phối hợp khẩn trương lập kế hoạch khắc phục các điểm KPH và cải tiến các điểm khuyến nghị được chỉ ra từ các chuyên gia đánh giá.

- Cử đoàn cán bộ đi thăm quan học tập mô hình tại các bệnh viện tuyến trên như: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Nhi Trung ương...

- Báo cáo trực tiếp Giám đốc Bệnh viện kết quả khắc phục, cải tiến sau thực hiện.

## **2. Trung tâm Xét Nghiệm, Trung tâm Huyết học - Truyền máu**

- Phối hợp với các bộ phận liên quan lập kế hoạch khắc phục ngay các điểm KPH và cải tiến các điểm khuyến nghị được chỉ ra.

- Hoàn thiện đầy đủ thủ tục hồ sơ các HĐKH gửi văn phòng Công nhận Chất lượng (BOA) sau khi đơn vị thực hiện có hiệu quả các phát hiện đề cập trong báo cáo đánh giá.

## **3. Phòng Điều dưỡng**

- Phối hợp cùng 02 trung tâm trên và phòng Quản lý chất lượng lập kế hoạch đào tạo ngay cho các đối tượng là điều dưỡng viên, kỹ thuật viên xét nghiệm và điều dưỡng viên các khoa lâm sàng về kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm.

- Phối hợp các bộ phận liên quan đột xuất, định kỳ kiểm tra kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm tại khu vực ngoại trú và nội trú.

## **4. Đơn vị Công nghệ thông tin**

- Nghiên cứu triển khai:

- + Hệ thống thông tin kết nối 2 chiều từ bác sỹ chỉ định và máy xét nghiệm;

- + Phần mềm quản lý mẫu (nhận mẫu, từ chối mẫu, lưu mẫu);

- + Phần mềm QC...

- Phối hợp với 02 đơn vị để bổ sung các thông tin trong phiếu chỉ định, phiếu trả kết quả;

- Các phần mềm hỗ trợ khác ứng dụng trong xét nghiệm y học.

## **5. Phòng Vật tư - Thiết bị y tế**

- Xem xét vấn đề hóa chất xét nghiệm cung cấp cho 2 trung tâm, tham mưu Giám đốc Bệnh viện cách khắc phục.

- Triển khai sửa chữa khắc phục lỗi của hệ thống chuyển mẫu đảm bảo mẫu không mất hoặc chuyển nhầm, không trả kết quả sai vị trí, mẫu không bị ướt khi trời mưa.

- Đảm bảo bảo trì bảo dưỡng liên tục để hệ thống hoạt động phục vụ công tác khám chữa bệnh.

## **6. Phòng Quản lý chất lượng**



- Phối hợp các bộ phận liên quan đảm bảo khắc phục các điểm KPH và cải tiến những điểm đã được khuyến nghị.

- Đầu mối giám sát việc thực hiện khắc phục và kiểm tra đột xuất, định kỳ của các bộ phận liên quan trực tiếp báo cáo Ban Giám đốc (BSCKII. Lê Na).

#### **7. Các khoa lâm sàng**

- Nhanh chóng khắc phục các điểm chưa phù hợp được đưa ra trong đánh giá cũng như các sai lỗi được chỉ ra bởi đoàn kiểm tra bệnh viện.

- Cử toàn bộ điều dưỡng viên tham gia đào tạo lại khi được thông báo về kế hoạch đào tạo.

- Chủ động kiểm tra nội bộ, đào tạo liên tục vấn đề lấy mẫu bệnh phẩm, giao nhận mẫu tại đơn vị.

#### **Nơi nhận:**

- Ban Giám đốc BV;
- Các Khoa, Phòng, TT, ĐV;
- Lưu: VT, QLCL.

**NGƯỜI NHẬP THÔNG TIN**

**GIÁM ĐỐC**

**Phạm Ngọc Vinh**

**Lê Đình Thanh Sơn**