

# ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

## แบบตรวจประเมินระบบคุณภาพและเทคนิคการรับบริจาคโลหิต

### Questionnaire for QMS, Blood Donation Technique and Blood Component Preparation Assessment

แบบตรวจประเมินระบบคุณภาพ และเทคนิคการรับบริจาคโลหิต และการเตรียมส่วนประกอบโลหิต นี้ทำขึ้นโดยอ้างอิงหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และ European Pharmacopoeia 8.0 คู่มือการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต หนังสือมาตรฐานธนาคารเลือด และงานบริการโลหิต ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เพื่อใช้สำหรับเป็นแบบตรวจประเมินตนเอง และสำหรับผู้ตรวจประเมินคุณภาพของศูนย์ฯใช้ในการตรวจประเมินฯ

#### Section A: ข้อมูลทั่วไป

##### 1. โรงพยาบาล

1.1 ชื่อโรงพยาบาล..... สถานที่ตั้ง.....

1.2 จังหวัด.....อำเภอ.....โทรศัพท์.....

อีเมล.....

2. ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง..... วดป ที่รายงาน.....

3. ชื่อหัวหน้าธนาคารเลือด.....

##### 4. ชนิดโรงพยาบาล

4.1  มหาวิทยาลัย

4.2  กระทรวงสาธารณสุข     โรงพยาบาล ศูนย์     โรงพยาบาล ทั่วไป     โรงพยาบาล ชุมชน

4.3  โรงพยาบาล เอกชน

4.4  อื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้อมูลที่รายงานเป็นของช่วงเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ)

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคมพ.ศ.....ถึง 30 กันยายน พ.ศ.....

5. จำนวนเตียง .....เตียง

##### 6. จำนวนการรับโลหิตของโรงพยาบาล

6.1  รับบริจาคจากผู้สมัครใจไม่หวังสิ่งตอบแทน ..... ยูนิต

หน่วยเคลื่อนที่..... ยูนิต ประเภทของหน่วยเคลื่อนที่  ตั้งเตียง     รถใหญ่

ที่ธนาคารเลือด..... ยูนิต

6.2  รับบริจาคทดแทน (ครอบครัว ญาติมิตร)..... ยูนิต

6.3  เบิกจากศูนย์บริการโลหิตฯ และภาคบริการโลหิตฯ..... ยูนิต

6.4  ซื่อ.....ยูนิต

## 7. การจ่ายโลหิตให้โรงพยาบาลอื่น

7.1  ไม่ได้จ่าย  จ่าย

7.2 จำนวนโรงพยาบาลที่มารับโลหิต.....แห่ง จำนวนโลหิตที่จ่าย/เดือน.....ยูนิต

## 8. บุคลากรธนาคารเลือดมีจำนวน รวมทั้งสิ้น.....คน

8.1. เจ้าหน้าที่เจาะเก็บโลหิตเป็น

8.1.1  เจ้าหน้าที่ของธนาคารเลือดทั้งหมด

○ นักเทคนิคการแพทย์.....คน ○ พยาบาล.....คน ○ อื่นๆ ระบุ..... จำนวน.....คน

8.1.2  เจ้าหน้าที่ของธนาคารเลือดร่วมกับพยาบาลหมุนเวียน

○ นักเทคนิคการแพทย์.....คน ○ พยาบาล ธนาคารเลือด.....คน ○ พยาบาลหมุนเวียน.....คน

○ อื่นๆ ระบุ..... จำนวน.....คน

8.1.3 ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่หมุนเวียนมาช่วยเจาะเก็บโลหิต ได้รับการฝึกอบรมกระบวนการรับบริจาคโลหิต

## ก่อนปฏิบัติงาน

 'ไม่ใช่'  ใช่จาก.....

8.2 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการธนาคารเลือดเป็น: นักเทคนิคการแพทย์.....คน

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์..... คน

อื่นๆ ระบุ.....คน

## 9. ข้อมูลการใช้เลือดภายในโรงพยาบาลของท่าน (1 ตุลาคม 25\_\_ -30 กันยายน 25\_\_ )

จำนวนที่ขอ(units) จำนวนcrossmatched(units) จำนวน transfused (units)

<i>Whole blood/ Red cells (units)</i>	.....	.....	.....
<i>Platelet concentrates (units)</i>	.....	.....	.....
<i>Plasma: FFP(units)</i>	.....	.....	.....
<i>Cryoprecipitate(units)</i>	.....	.....	.....
<i>Cryo-removed plasma (units)</i>	.....	.....	.....
<b>Others (specifiy)</b>	.....	.....	.....

## Section B: ระบบคุณภาพ

10. ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลของท่าน implementระบบคุณภาพใด(เลือกได้มากกว่า 1)

 HA  ISO9001:2015  อื่นๆ โปรดระบุ.....

11. ธนาคารเลือด implementระบบใด(เลือกได้มากกว่า 1)

 HA  ISO9001:2015  ISO15189 ระบุชื่อการทดสอบ..... อื่นๆ โปรดระบุ.....11.1 นโยบายคุณภาพของธนาคารเลือด/ห้องปฏิบัติการ/โรงพยาบาล  ไม่มี  มี ถ้ามีคือ.....

.....

- 11.2 ผังบริหารหน่วยงาน (organogram)  ไม่มี  มี โปรดแนบสำเนาผัง
- 11.3 การกำหนดลักษณะงานของบุคลากร (job description)  ไม่มี  มี
- 11.4 การกำหนดผู้รับผิดชอบการบริหารงานระบบคุณภาพขององค์กร/หน่วยงาน  ไม่มี  มี
- 11.5 เอกสารระบบคุณภาพ หน่วยงานท่านมี คู่มือปฏิบัติงาน (SOP/WI) ในกระบวนการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้
- 11.5.1) Blood donor recruitment  ไม่มี  มี
- 11.5.2) Blood donor selection  ไม่มี  มี
- 11.5.3) Blood collection and donor hemovigilance  ไม่มี  มี
- 11.5.4) Recall product  ไม่มี  มี (ถ้าข้อ7รพ.ตอบว่ามี)
- ถ้าส่งภาคบริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ตรวจ ให้ข้ามไปตอบข้อ 11.5.6
- 11.5.5) Screening for TTI  ไม่มี  มี
- 11.5.6) Blood group serology  ไม่มี  มี
- 11.5.7) Blood storage and transportation  ไม่มี  มี
- 11.5.8) NCP management  ไม่มี  มี
- 11.5.9) Control of informatics system  ไม่มี  มี
- 11.5.10) Compliant/ incident report management  ไม่มี  มี
- 11.5.11) Internal audit  ไม่มี  มี
- 11.5.12) มี references: มาตรฐานธนาคารเลือด และงานบริการโลหิต  ไม่มี  มี
- คู่มือการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต  ไม่มี  มี
- นโยบายการบริการโลหิตแห่งชาติ  ไม่มี  มี
- 11.5.13) การกำหนดผู้รับผิดชอบในการควบคุมเอกสารคุณภาพ  ไม่มี  มี

## 12. การบริหารข้อมูล (data management) การเก็บและใช้ข้อมูลการปฏิบัติงานในกระบวนการต่อไปนี้

- 12.1) Blood donor recruitment  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี
- 12.2) Blood donor selection  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี
- 12.3) Blood collection  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี
- 12.4) Donor deferral  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี
- 12.5) donor hemovigilance  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี
- 12.6) Screening for TTI  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี
- 12.7) Blood group serology  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี
- 12.8) NCP management  ไม่มี  มี เก็บนาน.....ปี

## 13.ระบบการตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Internal quality audit)

ไม่มี  มี ตรวจปีละ..... ครั้ง

## 14.การศึกษาและการฝึกอบรม

- 14.1 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเจาะเก็บโลหิต และหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการโลหิต/ ธนาคารเลือด

แพทย์/พยาบาล	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับจำนวน.....คน
	ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน.....	
เทคนิคการแพทย์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ จำนวน.....คน
	ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน.....	
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ จำนวน.....คน
	ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน.....	
นักวิทยาศาสตร์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ จำนวน.....คน
	ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน.....	
พนักงานวิทยาศาสตร์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ จำนวน.....คน
	ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน.....	
เจ้าหน้าที่บริหาร/ธุรการ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ จำนวน.....คน
	ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน.....	

14.2 การทำCompetency test sterile technique ของบุคลากรที่ทำหน้าที่เจาะเก็บโลหิต โดยมีแผนประจำปี กำหนดความถี่ วิธีปฏิบัติ วิธีประเมินผล เกณฑ์การทดสอบผ่าน และการ ฝึกอบรมซ้ำ

ไม่มี  มี

15. ในกระบวนการรับบริจาคโลหิตมีความผิดพลาดในการ ชีบ่งยูนิต และ/หรือเก็บตัวอย่างโลหิตจากผู้บริจาคโลหิตสลับ คนในรอบ 1 ปีระหว่างช่วงเวลาที่ยางาน จำนวน.....ราย

16. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการเจาะเก็บโลหิต (ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ1-3ตัวอย่าง)

16.1 การชี้บ่งและการทำทะเบียนควบคุมอุปกรณ์ที่สำคัญ  ไม่มี  มีระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ

16.2 การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เมื่อได้รับการติดตั้งเครื่องใหม่  ไม่มี  มี ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ

16.3 โปรแกรมการบำรุงรักษา  ไม่มี  มี ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ

16.4 การสอบเทียบ(Calibration/validation)  ไม่มี  มี ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ

17. การจัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องมือ และ น้ำยาที่สำคัญ

17.1 การประเมินคุณภาพ (evaluation)ก่อนการจัดซื้อ

Blood bag  ไม่มี  มี

Blood grouping antisera  ไม่มี  มี

Others (specify).....  ไม่มี  มี

17.2 การทดสอบการทำงานได้ตามที่ระบุไว้ (validation) ก่อนการใช้

Blood grouping antisera  ไม่มี  มี

Others (specify).....  ไม่มี  มี

17.3 การควบคุม stock สำหรับอุปกรณ์ เครื่องมือ และ น้ำยาที่สำคัญ

ไม่มี  มี

17.4 มีการขาดแคลน(shortage)อุปกรณ์ เครื่องมือ และ น้ำยาที่สำคัญ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

Blood bag  ไม่ใช่  ใช่

Blood grouping antisera  ไม่ใช่  ใช่

Others (specify)  ไม่ใช่  ใช่

## 18. สถานที่ตั้ง (Premise)

18.1 มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับ

- การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต  ไม่มี  มี

- การเจาะเก็บโลหิต  ไม่มี  มี

- Donor counseling  ไม่มี  มี

- การตรวจโลหิต  ไม่มี  มี

- การจัดเก็บและจ่ายโลหิต  ไม่มี  มี

18.2 สถานที่ปฏิบัติงานมีระบบสาธารณูปโภค เครื่องมือสื่อสาร เครื่องอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

(Infrastructure)

- น้ำสะอาด ใช้งานได้ตลอดเวลา  ไม่มี  มี

- ระบบไฟฟ้าสำรอง  ไม่มี  มี

- ระบบการขนส่งในการออกหน่วยเคลื่อนที่  ไม่มี  มี

- ระบบการสื่อสาร

โทรศัพท์  ไม่มี  มี

อินเทอร์เน็ต  ไม่มี  มี

## Section C: Blood Donors & Blood Collections

### 19. Recruitment/Retention

มีแผนการจัดหาผู้บริจาคโลหิตประจำปี  ไม่มี  มี

สามารถดำเนินการประชาสัมพันธ์ได้ตามแผน.....%

สามารถจัดหาและเจาะเก็บได้ตามแผน.....%

### 20. Donor promotion

20.1 Donor care  ไม่มี  มี โปรแกรม.....

20.2 กิจกรรมที่ดำเนินการโดยธนาคารเลือด

การให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต  ไม่มี  มี

การรณรงค์ผู้บริจาคโลหิต  ไม่มี  มี

การให้การศึกษาก่อนการบริจาคโลหิต  ไม่มี  มี

การให้การศึกษาหลังการบริจาคโลหิต  ไม่มี  มี

21. มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่จัดหา (recruitment) ผู้บริจาคโลหิต  ไม่มี  มี
22. งบประมาณที่ได้รวมแล้วเพียงพอสำหรับดำเนินการ  ไม่เพียงพอ  เพียงพอ
23. มีสื่อความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้บริจาคโลหิต  
 ไม่มี  มีเช่น.....
24. การเฝ้าระวัง (monitor) ผลบวกจากTTI screening labเป็น KPI ประสิทธิภาพของ donor screening  ไม่มี  มี
25. งานต่อไปนี้ได้ทำโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม
- 26.1 การประเมินความเหมาะสมของผู้บริจาคโลหิต  ไม่ใช่  ใช่
- 26.2 การเจาะเก็บโลหิต  ไม่ใช่  ใช่
- 26.3 การให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดผลแล็บ  ไม่ใช่  ใช่
26. มีการใช้ diversion pouch เพื่อลดความเสี่ยงในการปนเปื้อนของเชื้อโรคในการเจาะเก็บโลหิต  
 ไม่มี  มีทั้งหมด  บางส่วน
27. มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต (donor criteria)  ไม่มี  มีใช้เกณฑ์ของ.....  
 ใช้วิธีการอะไรในการประเมินความเหมาะสมของผู้บริจาคโลหิต เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
- แบบสอบถาม
- การให้คำปรึกษาก่อนการบริจาค& การสัมภาษณ์
- การตรวจร่างกาย
- อื่นๆ โปรดระบุ.....
28. ผู้บริจาคทุกรายได้รับการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิตก่อนการบริจาค  ไม่ใช่  ใช่  
 ถ้าไม่ได้ตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้บริจาคทุกราย ประมาณว่าได้ทำการตรวจ .....%
29. การตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต เลือกได้มากกว่า 1 วิธี
- 29.1 วิธีการ
- copper sulphate  
 ระบุวิธีปฏิบัติ(ปริมาณน้ำยา : จำนวนผู้บริจาค).....
- photometric techniques
- Cyanmethemoglobin
- Portable colourmeter
- Other, specify .....
- 29.2 เกณฑ์ระดับฮีโมโกลบินที่ยอมรับบริจาคโลหิต
- สำหรับชาย.....
- สำหรับหญิง.....
30. มีการให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่ผู้บริจาคโลหิตในการบริจาคโลหิต

ไม่มี  มีระบุชื่อหรือส่วนประกอบของยา \_\_\_\_\_ เช่นมีเหล็ก (Iron element) ก็.....มก.  
มีส่วนผสมของวิตามินอะไรหรือไม่  ไม่มี  มี .....

จำนวนที่จ่ายให้ทั้งหมด..... เม็ด

ขนาดและวิธีรับประทาน.....

31.ขนาดยูนิตที่เจาะเก็บเป็นมาตรฐาน ขนาดเดียว

'ไม่ใช่'  'ใช่' โปรรระบุ ขนาดมาตรฐานที่ธนาคารเลือดของท่านเจาะเก็บ .....

ถ้าเจาะเก็บหลายขนาด โปรรระบุจำนวนเป็น %ของขนาดต่างๆ ถ้าเป็นตัวเลขประมาณการโปรดใส่ E กำกับด้วย  
ขนาด mL % 450 ..... 350 ..... อื่นๆ ระบุ .....

32.ธนาคารเลือดของท่านมีการเจาะเก็บโลหิตโดยวิธีการ Apheresis

'ไม่มี'  'มี'

33.ธนาคารเลือดของท่านมีการทำ autologous (preoperative) blood donation

'ไม่มี'  'มี'

ถ้ามีโปรรระบุจำนวนครั้งในปีที่รายงาน .....

34.Donor hemovigilanceมีการบันทึกและเก็บรักษาไว้(ปี พ.ศ. ....)

'ไม่ใช่'  'ใช่'

34.1 สมาชิกเป็นสมาชิกและส่งข้อมูลรายงานไปยัง National Hemovigilance

'ไม่ใช่'  'ใช่'

34.2 มีการจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้บริจาคโลหิตที่เป็นลมภายหลังบริจาค

โลหิต

'ไม่มี'  'มี'

35.มีระบบรับทราบคำร้องเรียน และ ความต้องการของผู้บริจาคโลหิต

'ไม่มี'  'มี' โปรรระบุวิธี.....

ถ้ามีระบุ ตัวอย่างการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ได้รับ feed back จากผู้บริจาคโลหิต รวมทั้งวิธีการแก้ไข  
ป้องกัน ที่มีประสิทธิผล

.....  
.....

36.อุปกรณ์ที่ใช้ในการเจาะเก็บโลหิตต้องผ่านการทำความสะอาดและทำลายเชื้อโดยวิธีการ(ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Autoclave(อบไอน้ำ)  (ระบุชนิดอุปกรณ์) .....

Hot Air Oven (ตู้อบความร้อน)  (ระบุชนิดอุปกรณ์).....

การแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ  (ระบุชนิดอุปกรณ์).....

อื่นๆ (ระบุ)  (ระบุชนิดอุปกรณ์).....

37.ก่อนการเจาะเก็บโลหิตผู้บริจาคแต่ละราย เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดมือ ไม่ทำ ทำ

ถ้าทำใช้วิธีใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ล้างมือด้วยน้ำและสบู่  
 การใช้ 70% Alcohol  
 อื่นๆ ระบุ.....

38.การทำทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะเก็บโลหิตใช้น้ำยา

- จำนวน 1 ชนิด ระบุ.....  
 จำนวน 2 ชนิดระบุ 1)..... 2).....

39.การเก็บหลอดตัวอย่างโลหิต ใช้โลหิตจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ใช้หลอดรองรับจากปลายสายที่มีเข็มติดที่เส้นโลหิตแขนผู้บริจาค  
 บีบออกจากปลายสายที่ติดกับถุงบรรจุโลหิต  
 เก็บผ่าน diversion pouch

40. มีคู่มือหรือ Check list การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับหน่วยเคลื่อนที่

- ไม่มี  มี

41.มีระบบการ follow-up หรือดูแล ผู้บริจาคที่มี ผลการตรวจร่องรอยการติดเชื้อเป็นบวก (sero-reactive)

- ไม่มี  มี

41.1 ถ้ามีตอบคำถามต่อไปนี้

- |   |                                 |                              |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| [1] มีการทดสอบต่อเพื่อเป็นการยืนยัน         | <input type="checkbox"/> ไม่มี  | <input type="checkbox"/> มี  |
| [1.1] การตรวจยืนยัน ได้ทำที่ธนาคารเลือดเอง  | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| [1.2] การตรวจยืนยันส่งทำที่reference lab    | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| [2] มีการแจ้งให้ผู้บริจาคทราบ               | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| [3] มีการให้คำปรึกษาหลังการบริจาค           | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| [3.1] ทำเอง โดยเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด       | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| [3.2] ส่งต่อหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลเดียวกัน | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |
| [3.3] ส่งต่อไปหน่วยงานภายนอก                | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ |

41.2 ถ้าทำเองที่ธนาคารเลือด ได้ทำโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม ไม่ใช่ ใช่

42. Blood cold chain (BCC) system

42.1) มีระบบการควบคุมอุณหภูมิครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1.ในขั้นตอนการขนส่งโลหิตจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ภาคบริการโลหิตแห่งชาติไปยังโรงพยาบาล

- ไม่มี  มี

2.ในการขนส่งโลหิตจาก หน่วยเคลื่อนที่/ห้องเจาะมายังธนาคารเลือด/ห้องปั่นแยก

- ไม่มี  มี



3. ในการจัดเก็บส่วนประกอบโลหิตแต่ละชนิดในอุณหภูมิที่ถูกต้อง
- Platelet เก็บที่ 20 °C to 24°C ใช่ ไม่ใช่ ระบุ.....ไม่ได้ควบคุม
  - Plasma Products เก็บที่ ≤ -18°C ใช่ ไม่ใช่ ระบุ.....ไม่ได้ควบคุม
  - Whole blood/RBCเก็บที่1°C to 6°C ใช่ ไม่ใช่ ระบุ.....ไม่ได้ควบคุม
- 4.ในการมารับหรือส่งส่วนประกอบโลหิตไปยังหอผู้ป่วย ไม่มี มี โดยวิธี .....
- 42.2) หลักฐาน การฝึกอบรมBlood Cold Chain ให้แก่บุคลากร ไม่มี มี
- 42.3)การสอบเทียบอุปกรณ์ติดตามอุณหภูมิ( Calibration measuring BCC equipment ) ไม่มี มี
- 42.4) การตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการ (Validation BCC processes ) ไม่มี มี

## Section D: Donor Registration and Statistics

43. มี donor database/registry ที่ธนาคารเลือดของท่าน
- ไม่มี มี
- 43.1 ถ้า **มี** ทำแบบใด Manual Electronic ระบุโปรแกรมที่ใช้.....
- พัฒนาโดยศูนย์บริการโลหิตฯ พัฒนาขึ้นมาใช้เอง อื่นๆ ระบุ.....
44. ได้จัดเก็บบันทึกการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต
- ไม่ใช่ ใช่
- ถ้า **ใช่** โปรดระบุจำนวนผู้สมัครบริจาคทั้งหมด(ในปีล่าสุด ระบุ พ.ศ.).....ราย
- จำนวนที่แจ้งบริจาคเนื่องจากฮีโมโกลบินต่ำ.....ราย เท่ากับ.....%
- สาเหตุเกี่ยวกับสุขภาพ.....ราย เท่ากับ.....%
- สาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสูง.....ราย เท่ากับ.....%
- สาเหตุเกี่ยวกับการเดินทางที่เสี่ยงหรืออื่นๆ.....ราย เท่ากับ.....%
- 45.บันทึกหรือ donor database/registry สามารถแยกสถานที่ ที่เจาะเก็บโลหิต
- ไม่ใช่ ใช่
- | ถ้า <b>ใช่</b> โปรดระบุ        | จำนวนยูนิต | %     |
|--------------------------------|------------|-------|
| จำนวนที่เจาะเก็บที่ธนาคารเลือด | .....      | ..... |
| หน่วยเคลื่อนที่                | .....      | ..... |
46. ระบบบันทึกข้อมูลและจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ ไม่มี มี
47. ระบบบันทึกข้อมูลและจัดเก็บในสมุดบันทึก ไม่มี มี
48. มีการเก็บรักษาข้อมูลในสถานะแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่มี มี
49. มีมาตรการป้องกันการสูญหายและการถูกทำลาย  
หรือข้อมูลถูกแก้ไขโดยผู้ที่ไม่ได้รับมอบอำนาจ ไม่มี มี
50. มีมาตรการรักษาความลับข้อมูลของผู้บริจาคโลหิตและผู้ป่วย ไม่มี มี

51. การจัดเก็บข้อมูล ต้องเก็บรักษาไว้และเรียกกลับมาดูได้ในเวลาที่เหมาะสม

ข้อมูลผู้บริจาคโลหิต

ไม่มี  มี

51.1 ข้อมูลส่วนตัวผู้บริจาคโลหิต และคำยินยอม

ไม่มี  มี

51.2 ประวัติทางการแพทย์ การตรวจร่างกาย

ไม่มี  มี

51.3 สามารถทราบได้ว่าเป็นผู้บริจาคโลหิต

ไม่มี  มี

ที่ถูกระงับการบริจาคโลหิต

52. การเก็บรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้บริจาค

52.1 ข้อมูลต่างๆ ถูกเก็บรักษาไว้อย่างน้อย 5 ปี

ไม่มี  มี

หรือตามที่กฎหมายกำหนด

52.2 รายชื่อผู้บริจาคโลหิตที่ถูกระงับการบริจาคโลหิตจะต้อง

ไม่มี  มี

เก็บรักษาไว้จนกว่าจะหมดช่วงเวลาที่ถูกกระงับตามที่กำหนด

ไว้ในแต่ละประเภท

**หมายเหตุ:** วิธีการบันทึกผลการตรวจประเมินตามรายการที่ระบุ ทั้งหมดในแบบตรวจประเมินนี้ ในกรณีที่ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ และมีหรือไม่มี ให้บันทึกด้วยว่าพบ หรือไม่พบวัตถุพยาน (objective evidence) อะไรบ้าง เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับยืนยันว่า รายการที่ตอบว่ามีหรือใช่ นั้นมีประสิทธิผลจริงๆ