

Section A: ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อผู้ยื่นคำขอ (ชื่อองค์กร) โรงพยาบาล.....
..... จังหวัด
2. ชื่อ-นามสกุล ผู้ให้ข้อมูล..... ตำแหน่ง..... วันที่รายงาน/...../.....
3. ชื่อ-นามสกุล หัวหน้าธนาคารเลือด.....
4. ชนิดโรงพยาบาล
 - 4.1. ☐ มหาวิทยาลัย
 - 4.2. ☐ กระทรวงสาธารณสุข ☐ โรงพยาบาล ศูนย์ ☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลชุมชน
 - 4.3. ☐ โรงพยาบาล เอกชน
 - 4.4. ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ข้อมูลที่ยรายงานเป็นของช่วงเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. ถึง 30 กันยายน พ.ศ.

5. จำนวนเตียง เตียง
6. จำนวนการรับโลหิตของโรงพยาบาล
 - 6.1. ☐ รับบริจาคโลหิตจากผู้สมัครใจไม่หวังสิ่งตอบแทน ยูนิต
☐ หน่วยเคลื่อนที่ ยูนิต ประเภทของหน่วยเคลื่อนที่ ☐ ตั้งเตียง ☐ รถใหญ่
☐ ที่ธนาคารเลือด ยูนิต
 - 6.2. ☐ รับบริจาคทดแทน (ครอบครัว ญาติมิตร) ยูนิต
 - 6.3. ☐ เบิกจากศูนย์บริการโลหิตฯ และภาคบริการโลหิตฯ..... ยูนิต
 - 6.4. ☐ ซื้ 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 ได้รับการฝึกอบรมกระบวนการรับบริจาคโลหิตก่อนปฏิบัติงาน
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่จาก
 - 8.2 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการธนาคารเลือดเป็น
 - นักเทคนิคการแพทย์..... คน
 - นักวิทยาศาสตร์การแพทย์..... คน
 - อื่นๆ ระบุ..... คน

9. ข้อมูลการใช้เลือดภายในโรงพยาบาลของท่าน (1 ตุลาคม พ.ศ. ถึง 30 กันยายน พ.ศ.)

ผลิตภัณฑ์	จำนวนที่ขอ (units)	จำนวน crossmatched (units)	จำนวน transfused (units)
Whole blood/ Red cells			
Platelet concentrates			
Plasma: FFP			
Cryoprecipitate			
Cryo-removed plasma			
อื่นๆ (โปรดระบุ)			

10. CT Ratio ของผู้ป่วยผ่าตัดแผนกต่างๆ ย้อนหลัง 1 ปี (ไม่นับรวมผู้ป่วยอายุรกรรม)

	CT Ratio
แผนกศัลยกรรม	
แผนกสูติรีเวช	
แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ	
แผนกผ่าตัดอื่นๆ	

Section B: ระบบคุณภาพ

11. ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลของท่าน implement ระบบคุณภาพใด (เลือกได้มากกว่า 1)

☐ HA ☐ ISO9001:2015 ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

12. ธนาคารเลือด implement ระบบคุณภาพใด (เลือกได้มากกว่า 1)

☐ HA ☐ ISO9001:2015 ☐ ISO15189:2022 ระบุชื่อการทดสอบ.....

☐ ISO15190: 2020 ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

12.1. นโยบายคุณภาพของธนาคารเลือด/ห้องปฏิบัติการ/โรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีคือ

.....

12.2. ผังบริหารหน่วยงาน (organogram) (ถ้ามีโปรดแนบสำเนาผัง) ☐ มี ☐ ไม่มี

12.3. การกำหนดลักษณะงานของบุคลากร (job description) ☐ มี ☐ ไม่มี

12.4. การกำหนดผู้รับผิดชอบการบริหารงานระบบคุณภาพขององค์กร/หน่วยงาน ☐ มี ☐ ไม่มี

12.5. เอกสารระบบคุณภาพ หน่วยงานท่านมี คู่มือปฏิบัติงาน (SOP/WI) ในกระบวนการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

12.5.1. Blood donor recruitment ☐ มี ☐ ไม่มี

12.5.2. Blood donor selection ☐ มี ☐ ไม่มี

12.5.3. Blood collection and donor hemovigilance ☐ มี ☐ ไม่มี

12.5.4. Recall product ☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้าส่งตรวจที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ให้ข้ามไปตอบข้อ 12.5.6

- | | | | |
|----------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 12.5.5. | Screening for TTI | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.6. | Blood group serology | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.7. | Blood storage and transportation | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.8. | NCP management | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.9. | Control of informatics system | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.10. | Compliant/ incident report management | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.11. | Internal audit | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.12. | มี references: มาตรฐานธนาคารเลือด และงานบริการโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.13. | คู่มือการรับบริจาคโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.14. | แผนปฏิบัติการด้านงานบริการโลหิตของประเทศไทย | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.15. | มาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 12.5.16. | การกำหนดผู้รับผิดชอบในการควบคุมเอกสารคุณภาพ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
13. การบริหารข้อมูล (data management) การเก็บและใช้ข้อมูลการปฏิบัติงานในกระบวนการต่อไปนี้
- | | | | |
|-------|-------------------------|---|--------------------------------|
| 13.1. | Blood donor recruitment | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
| 13.2. | Blood donor selection | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
| 13.3. | Blood collection | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
| 13.4. | Donor deferral | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
| 13.5. | donor hemovigilance | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
| 13.6. | Screening for TTI | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
| 13.7. | Blood group serology | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
| 13.8. | NCP management | ☐ มี เก็บนาน ปี | ☐ ไม่มี |
14. ระบบการตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Internal quality audit) ☐ มี ตรวจปีละ..... ครั้ง ☐ ไม่มี
15. การศึกษาและการฝึกอบรม
- 15.1. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเจาะเก็บโลหิต และหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการโลหิต/ธนาคารเลือด
- | | | |
|------------------------|---|------------------------------------|
| แพทย์/พยาบาล | ☐ ได้รับ จำนวน..... คน | ☐ ไม่ได้รับ |
| | ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน | |
| เทคนิคการแพทย์ | ☐ ได้รับ จำนวน..... คน | ☐ ไม่ได้รับ |
| | ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน | |
| นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ | ☐ ได้รับ จำนวน..... คน | ☐ ไม่ได้รับ |
| | ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน | |
| นักวิทยาศาสตร์ | ☐ ได้รับ จำนวน..... คน | ☐ ไม่ได้รับ |
| | ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน | |

พนักงานวิทยาศาสตร์ ☐ ได้รับ จำนวน..... คน ☐ ไม่ได้รับ
 ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน

เจ้าหน้าที่บริหาร/ธุรการ ☐ ได้รับ จำนวน..... คน ☐ ไม่ได้รับ
 ระบุ ชื่อการฝึกอบรม และสถาบัน

15.2 การทดสอบทักษะความสามารถ (Competency test) ด้าน sterile technique ของบุคลากรที่ทำหน้าที่เจาะเก็บโลหิตโดยมีแผนประจำปี กำหนดความถี่ วิธีปฏิบัติ วิธีประเมินผล เกณฑ์ผ่าน และการ ฝึกอบรมซ้ำ

☐ มี ☐ ไม่มี

16. ในกระบวนการรับบริจาคโลหิตมีความผิดพลาดในการ ชั่งบ่งยูนิต และ/หรือเก็บตัวอย่างโลหิตจากผู้บริจาคโลหิตสลับคนในรอบ 1 ปี ระหว่างช่วงเวลาที่ยรายงาน จำนวน ราย

17. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการเจาะเก็บโลหิต (ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ 1-3 ตัวอย่าง)

17.1. การล้างและการทำทะเบียนควบคุมอุปกรณ์ที่สำคัญ ☐ มี ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ ☐ ไม่มี

.....

17.2. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เมื่อได้รับการติดตั้งเครื่องใหม่ ☐ มี ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ ☐ ไม่มี

.....

17.3. โปรแกรมการบำรุงรักษา ☐ มี ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ ☐ ไม่มี

.....

17.4. การสอบเทียบ(Calibration/validation) ☐ มี ระบุชื่ออุปกรณ์สำคัญ ☐ ไม่มี

.....

18. การจัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องมือ และ น้ำยาที่สำคัญ

18.1. การประเมินคุณภาพ (evaluation) ก่อนการจัดซื้อ

Blood bag ☐ มี ☐ ไม่มี

Blood grouping antisera ☐ มี ☐ ไม่มี

Others (specify)..... ☐ มี ☐ ไม่มี

18.2 การทดสอบการทำงานได้ตามที่ระบุไว้ (validation) ก่อนการใช้

Blood grouping antisera ☐ มี ☐ ไม่มี

Others (specify)..... ☐ มี ☐ ไม่มี

18.3 การควบคุม stock สำหรับอุปกรณ์ เครื่องมือ และ น้ำยาที่สำคัญ

☐ มี ☐ ไม่มี

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

Blood bag ☐ มี ☐ ไม่มี

Blood grouping antisera ☐ มี ☐ ไม่มี

Others (specify) ☐ มี ☐ ไม่มี

19. สถานที่ตั้ง (Premise)

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 19.1. มีสถานที่เป็นส่วนเฉพาะสำหรับ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| การเจาะเก็บโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| Donor counselling | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| การตรวจโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| การจัดเก็บและจ่ายโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
- 19.2 สถานที่ปฏิบัติงานมีระบบสาธารณูปโภค เครื่องมือสื่อสาร เครื่องอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน (Infrastructure)
- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| น้ำสะอาด ใช้งานได้ตลอดเวลา | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| ระบบไฟฟ้าสำรอง | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| ระบบการขนส่งในการออกหน่วยเคลื่อนที่ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| ระบบการสื่อสาร | | |
| โทรศัพท์ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| อินเทอร์เน็ต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |

Section C: Blood Donors & Blood Collections

20. Recruitment/Retention

- มีแผนการจัดหาผู้บริจาคโลหิตประจำปี ☐ มี ☐ ไม่มี
- สามารถดำเนินการประชาสัมพันธ์ได้ตามแผน%
- สามารถจัดหาและเจาะเก็บได้ตามแผน%

21. Donor promotion

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| 21.1. Donor care | ☐ มี ระบุ... | ☐ ไม่มี |
| 21.2. กิจกรรมที่ดำเนินการโดยธนาคารเลือด | | |
| การให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| การรณรงค์ผู้บริจาคโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| การให้การปรึกษาก่อนการบริจาคโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| การให้การปรึกษาหลังการบริจาคโลหิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี |

22. มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่จัดหา (recruitment) ผู้บริจาคโลหิต ☐ มี ☐ ไม่มี
23. งบประมาณที่ได้รับเพียงพอสำหรับการดำเนินการ ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
24. มีสื่อความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้บริจาคโลหิต
- ☐ มี เช่น
- ☐ ไม่มี

25. การเฝ้าระวัง (monitor) ผลบวกจาก TTI screening lab กำหนดเป็น KPI สำหรับ donor screening
- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

26. งานต่อไปนี้ได้ทำโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม
- 26.1. การประเมินความเหมาะสมของผู้บริจาคโลหิต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 26.2. การเจาะเก็บโลหิต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 26.3. การให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดผลแล็บ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
27. มีการใช้ diversion pouch เพื่อลดความเสี่ยงในการปนเปื้อนของเชื้อโรคในการเจาะเก็บโลหิต
- ☐ มีทั้งหมด ☐ ไม่มี ☐ บางส่วน
28. มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต (donor criteria)
- ☐ มี ใช้เกณฑ์ของ
- ☐ ไม่มี
- ใช้วิธีการอะไรในการประเมินความเหมาะสมของผู้บริจาคโลหิต เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
- ☐ แบบสอบถาม
- ☐ การให้คำปรึกษาก่อนการบริจาค และการสัมภาษณ์
- ☐ การตรวจร่างกาย
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
29. ผู้บริจาคทุกรายได้รับการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิตก่อนการบริจาค ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ถ้าไม่ได้ตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้บริจาคทุกราย ประมาณว่าได้ทำการตรวจ%
30. การตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต เลือกได้มากกว่า 1 วิธี
- 30.1. วิธีการ
- ☐ Copper sulphate solution
- ระบุวิธีปฏิบัติ (ปริมาณน้ำยา : จำนวนผู้บริจาค)
- ☐ Photometric techniques
- ☐ Cyanmethemoglobin
- ☐ Portable colourmeter
- ☐ Other, specify
- 30.2. เกณฑ์ระดับฮีโมโกลบินที่ยอมรับบริจาคโลหิต
- สำหรับชาย
- สำหรับหญิง
31. มีการให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่ผู้บริจาคโลหิตในการบริจาคโลหิต
- ☐ มี ระบุชื่อหรือส่วนประกอบของยา เช่น มีเหล็ก (Iron element) มก.
- มีส่วนผสมของวิตามินหรือไม่ ☐ มี..... ☐ ไม่มี
- จำนวนที่จ่ายให้ทั้งหมด เม็ด ขนาดและวิธีรับประทาน
- ☐ ไม่มี

32. ขนาดยูนิตที่เจาะเก็บเป็นมาตรฐาน ขนาดเดียว

☐ ใช่ โปรตระบุ ขนาดมาตรฐานที่ธนาคารเลือดของท่านเจาะเก็บ มล.

☐ ไม่ใช่

กรณีเจาะเก็บหลายขนาด โปรตระบุจำนวนเป็น % ของขนาดต่างๆ ถ้าเป็นตัวเลขประมาณการโปรดใส่ E กำกับด้วย

ขนาด 450 mL % 350 mL %

อื่นๆ ระบุ

33. ธนาคารเลือดของท่านมีการเจาะเก็บโลหิตโดยวิธีการ Apheresis

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

34. ธนาคารเลือดของท่านมีการทำ autologous (preoperative) blood donation

☐ ใช่ โปรตระบุจำนวนครั้งในปีที่รายงาน ครั้ง

☐ ไม่ใช่

35. Donor hemovigilance มีการบันทึกและเก็บรักษาไว้ (ปี พ.ศ.)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

35.1 สมัครเป็นสมาชิกและส่งข้อมูลรายงานไปยัง National Hemovigilance

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

35.2 มีการจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้บริจาคโลหิตที่เป็นลมภายหลังบริจาคโลหิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

36. มีระบบรับทราบคำร้องเรียน และ ความต้องการของผู้บริจาคโลหิต

☐ มี โปรตระบุวิธี

☐ ไม่มี

ถ้ามี โปรตระบุ ตัวอย่างการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ได้รับ feed back จากผู้บริจาคโลหิต รวมทั้งวิธีการแก้ไข ป้องกัน
ที่มีประสิทธิผล

.....

.....

.....

.....

.....

37. อุปกรณ์ที่ใช้ในการเจาะเก็บโลหิตต้องผ่านการทำความสะอาดและทำลายเชื้อโดยวิธีการ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

☐ Autoclave(อบไอน้ำ) ระบุชนิดอุปกรณ์

☐ Hot Air Oven (ตู้อบความร้อน) ระบุชนิดอุปกรณ์

☐ การแช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ ระบุชนิดอุปกรณ์

☐ อื่นๆ (ระบุ) ระบุชนิดอุปกรณ์

38. เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดมือ ก่อนการเจาะเก็บโลหิตผู้บริจาคแต่ละราย

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้า ใช่ โปรดระบุวิธี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ล้างมือด้วยน้ำและสบู่
☐ การใช้ 70% Alcohol
☐ อื่นๆ ระบุ

39. การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่เจาะเก็บโลหิตใช้น้ำยา

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

40. การเก็บตัวอย่างโลหิตเพื่อทดสอบทางห้องปฏิบัติการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ใช้หลอดรองรับจากปลายสายที่มีเข็มติดที่เส้นโลหิตแขนผู้บริจาค
☐ บีบออกจากปลายสายที่ติดกับถุงบรรจุโลหิต
☐ เก็บผ่าน diversion pouch

41. มีคู่มือหรือ Check list การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับหน่วยเคลื่อนที่

- ☐ มี ☐ ไม่มี

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

- ☐ มี ☐ ไม่มี

42.1 ถ้ามี โปรดตอบคำถามต่อไปนี้

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1) มีการทดสอบต่อเพื่อเป็นการยืนยัน | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.1) การตรวจยืนยันได้ทำที่ธนาคารเลือด | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.2) การตรวจยืนยันส่งทำที่ reference lab | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 2) มีการแจ้งให้ผู้บริจาคทราบ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 3) มีการให้คำปรึกษาหลังการบริจาค | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 3.1) ทำเองโดยเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 3.2) ส่งต่อหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลเดียวกัน | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 3.3) ส่งต่อไปหน่วยงานภายนอก | ☐ มี | ☐ ไม่มี |

42.2 ถ้าทำเองที่ธนาคารเลือด ได้ทำโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม ☐ มี ☐ ไม่มี

43. Blood cold chain (BCC) system

43.1. มีระบบการควบคุมอุณหภูมิครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1) ในขั้นตอนการขนส่งโลหิตจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ภาคบริการโลหิตแห่งชาติไปยังโรงพยาบาล

☐ มี ☐ ไม่มี

2) ในขั้นตอนการขนส่งโลหิตจากหน่วยเคลื่อนที่/ห้องเจาะ มายังธนาคารเลือด/ห้องปั่นแยก

☐ มี ☐ ไม่มี

3) การจัดเก็บส่วนประกอบโลหิตแต่ละชนิดในอุณหภูมิที่ถูกต้อง

Platelet เก็บที่ 20 C to 24 C ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ ☐ ไม่ได้ควบคุม

Plasma Products เก็บที่ ≤ -18 C ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ ☐ ไม่ได้ควบคุม

Whole blood/RBC เก็บที่ 1 C to 6 C ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ ☐ ไม่ได้ควบคุม

4) ในขั้นตอนการรับหรือส่งส่วนประกอบโลหิตไปยังหอผู้ป่วย

☐ มี โดยวิธี

☐ ไม่มี

43.2 หลักฐาน การฝึกอบรมด้าน Blood Cold Chain ให้แก่บุคลากร ☐ มี ☐ ไม่มี

43.3 การสอบเทียบอุปกรณ์ติดตามอุณหภูมิ (Equipment calibration) ☐ มี ☐ ไม่มี

43.4 การตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการ (Process validation) ☐ มี ☐ ไม่มี

Section D: Donor Registration and Statistics

44. มี Donor database/registry ที่ธนาคารเลือดของท่าน

☐ มี ☐ ไม่มี

44.1. ถ้ามี ทำแบบใด ☐ Manual ☐ Electronic ระบุโปรแกรมที่ใช้

☐ พัฒนาโดยศูนย์บริการโลหิตฯ ☐ พัฒนาขึ้นมาใช้เอง ☐ อื่นๆ ระบุ

45. ได้จัดเก็บบันทึกการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ โปรดระบุจำนวนผู้สมัครบริจาคทั้งหมด (ในปีล่าสุด ระบุ พ.ศ.) ราย

จำนวนที่ให้งดบริจาคเนื่องจากฮีโมโกลบินต่ำ.....ราย เท่ากับ.....%

สาเหตุเกี่ยวกับสุขภาพ.....ราย เท่ากับ.....%

สาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสูง.....ราย เท่ากับ.....%

สาเหตุเกี่ยวกับการเดินทางที่เสี่ยงหรืออื่นๆ.....ราย เท่ากับ.....%

46. บันทึกหรือ donor database/registry สามารถแยกสถานที่ ที่เจาะเก็บโลหิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ โปรดระบุ

จำนวนเจาะเก็บที่ ธนาคารเลือด หน่วย%

จำนวนเจาะเก็บที่ หน่วยเคลื่อนที่ หน่วย%

- | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| 47. ระบบบันทึกข้อมูลและจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 48. ระบบบันทึกข้อมูลและจัดเก็บในสมุดบันทึก | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 49. มีการเก็บรักษาข้อมูลในสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 50. มีมาตรการป้องกันการสูญหายและการถูกทำลาย หรือข้อมูลถูกแก้ไขโดยผู้ที่ไม่ได้รับมอบอำนาจ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 51. มีมาตรการรักษาความลับข้อมูลของผู้บริจาคโลหิตและผู้ป่วย | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 52. การจัดเก็บข้อมูลผู้บริจาคโลหิต ต้องเก็บรักษาไว้และเรียกกลับมาดูได้ในเวลาที่เหมาะสม | | |
| 52.1. ข้อมูลส่วนตัวผู้บริจาคโลหิต และคำยินยอม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 52.2. ประวัติทางการแพทย์ การตรวจร่างกาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 52.3. ทราบได้ว่าเป็นผู้บริจาคที่ถูกระงับการบริจาคโลหิต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 53. การเก็บรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้บริจาค | | |
| 53.1. ข้อมูลต่างๆ ถูกเก็บรักษาไว้อย่างน้อย 5 ปี หรือตามที่กฎหมายกำหนด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 53.2. เก็บรักษารายชื่อผู้บริจาคที่ถูกระงับการบริจาคโลหิต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| ไว้จนกว่าจะหมดช่วงเวลาที่ถูกระงับตามที่กำหนดไว้ในแต่ละประเภท | | |