

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

### 1. उद्देश्य:

सेवा प्रदाता को प्रशिक्षण के दौरान 24 \* 7 आधार पर एक अनुकूल वातावरण में अनुकूलता परीक्षण, भंडारण और रक्त के मुद्दे के लिए सुविधा के साथ सुरक्षित रक्त इकाई की उपलब्धता सुनिश्चित करना

### 2. विस्तार

रोगी को रक्त एकत्र करने और संग्रह करने के लिए, रक्तदान शिविर का आयोजन, रक्तदान के लिए परामर्श और HBsAg, HIV, VDRL और MP के लिए रक्त का परीक्षण।

### 3. संपूर्णउत्तरदायित्व

ब्लड बैंक प्रभारी/चिकित्सक

### 4. प्रक्रिया

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
1	<p><b>रक्तदाता चयन एवं रक्तदाताओं से रक्त का संग्रह</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>रक्तदाता फेलोबॉमी साइट पर त्वचा रोग से मुक्त होना चाहिए</li> <li>रक्त स्वैच्छिक, गैर-पारिश्रमिक, कम जोखिम, सुरक्षित और स्वस्थदाताओं से सूचित सहमति के पश्चात ही स्वीकार किया जाएगा</li> <li>किसी भी व्यक्ति ने तीन महीने में एक बार से अधिक रक्तदान नहीं किया होना चाहिए</li> <li>रक्तदाता 18 से 45 वर्ष के आयु वर्ग में होना चाहिए, पूरे रक्त के लिए 45 किलोग्राम से कम नहीं और घटकों के लिए 50 किलोग्राम</li> <li>तापमान और नाड़ी सामान्य होनी चाहिए</li> <li>हीमोग्लोबिन 12.5g / dL से कम नहीं होना चाहिए</li> <li>सिस्टोलिक और डायस्टोलिक रक्तचाप दवा के बिना सामान्य सीमा में होना चाहिए</li> <li>दाता श्वास रोग से मुक्त होना चाहिए</li> <li>दाता की बाहें स्किन पंचर या निशान से मुक्त होने चाहिए जो पेशेवर रक्तदाताओं या स्वयं इंजेक्शन नशीले पदार्थों की लत का संकेत देते हैं</li> <li>रक्तदाता हेपेटाइटिस से मुक्त होना चाहिए</li> </ul> <p>किसी भी रक्तदाता जो कैंसर, हृदयरोग, असामान्य रक्त स्राव की प्रवृत्ति, असामान्य व जन घटने, IDDM,</p>	fpfdRId	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेंटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p>क्रोनिकनेफ्रेटिस, TB, पॉलीसिथेमिया, बेरा, मिर्गी, कुष्ठरोग, अस्थमा, सिरिज़ोफेनिया, एंडोक्राइन विकार से ग्रसिथ हो उसको रक्तदान करने से हमेशा के लिए रोक लगा देनी चाहिए</p> <p><u>स्थगितकरण करने की परिस्थिति</u></p> <p>गर्भपात 6 माह</p> <p>रक्त संक्रामण का इतिहास 6 माह</p> <p>सर्जरी 12 माह</p> <p>रिकवरी के बाद टाइफाइड 12 माह</p> <p>मलेरिया का इतिहास (स्थानिक क्षेत्र) 3 माह</p> <p>और विधिवत इलाज (गैर स्थानिक क्षेत्र)। 3 वर्ष</p> <p>टैटू 6 माह</p> <p>स्तनपान स्तनपान की स्थिति तक</p> <p>प्रतिरक्षा 15 दिन</p> <p>रेबीज टीकाकरण 12 माह</p> <p>परिवार में या निकट संपर्क में 12 माह</p> <p>हेपेटाइटिस का इतिहास</p> <p>immunoglobulins 12 माह</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• रक्तदाता से रक्त केवल योग्य चिकित्सक द्वारा या प्रशिक्षित सहायक द्वारा पर्यवेक्षण के तहत लिया जाना चाहिए</li> <li>• सभी डोनर साइट में बेड, बेड साइड टेबल, रिकवरी बेड, अनटेस्टेड ब्लड के लिए डिजिटल थर्मामीटर के साथ अलग-अलग रेफ्रीजिरेटर, स्फिग्रोमेनोमीटर, डोनर और सैंपल के लिए वज़न मशीन, Hb निर्धारण उपकरण, ब्लड कलेक्शन के लिए पी वी सी बैग, स्टेराइल लैंसेट, अल्कोहल स्वैब, क्लिनिकल थर्मामीटर शामिल होने चाहिए। , घड़ी, मास्क गेज के साथ ऑक्सीजन सिलेंडर, दबाव नियामक, 5% ग्लूकोज या एन एस, डिस्पोजेबल सीरिंग, स्टेरायल IV सेट,</li> <li>• इमरजेंसी ट्रे Adrenaline, Noradrenaline, Mephentin, Betamethasone/Dexamethsone, Metoclopropamide injections युक्त होनी चाहिए</li> </ul>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p><b>रक्त का संग्रह</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• रक्त संग्रह को एसेप्टिक विधि द्वारा स्टेरायल प्रणाली का उपयोग कर के किया जाना चाहिए</li> <li>• फेलोबोटॉमी के लिए वस्तुयें एकल उपयोग वाली होनी चाहिए</li> <li>• रक्त के थैले में रक्त की मात्रा के अनुसार एंटी कोआगुलेंट की पर्याप्त मात्रा होनी चाहिए</li> <li>• समान रिकॉर्ड वाले डोनर रिकॉर्ड, लेबल बैग और ट्यूब की पहचान करें</li> <li>• बी पी कफ को 40-60 मिमी एच जी के दबाव के साथ बांधा जाना चाहिए</li> <li>• एक बार नस का चयन करने के बाद, त्वचा की साइट तैयार होने से पहले दबाव डिवाइस को मुक्त किया जाना चाहिए</li> <li>• एकत्र रक्त 10.5ml / Kg / दान से अधिक नहीं होना चाहिए</li> <li>• सुई को सुरक्षित रूप से निपटारा किया जाना चाहिए</li> <li>• हमेशा यूनिट और नमूनों पर लेबलिंग को सत्यापित करें</li> <li>• बेहोशी, कमजोरी, पसीना आना, चक्कर आना, पीलापन, बेहोशी की हालत, आक्षेप, पेशाब का अनेच्छिक गुजरना</li> </ul> <p><b>बेहोशी</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ माथे या गर्दन के पीछे ठंडा सेक करें</li> <li>▪ अमोनिया की गंध का प्रशासन करें</li> <li>▪ पैर को सिर के स्तर से ऊपर उठाएं</li> <li>▪ तंग कपड़ों को ढीला करें</li> <li>▪ समय-समय पर नाड़ी, बी पी, श्वसन की निगरानी करें</li> </ul> <p><b>मतली उल्टी</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ दाता को सहज बनाएं</li> <li>▪ धीरे-धीरे और गहरी सांस लेने को कहें</li> <li>▪ दाता का सिर एक तरफ कर दें</li> <li>▪ उल्टी होने पर पानी दें</li> </ul> <p><b>हाइपरवेंटिलेशन के कारण मांसपेशियों में ऐंठन</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ बातचीत कर के ध्यान भटकाएं</li> </ul>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेंटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ऑक्सीजन का प्रयोग ना करे</li> <li>▪ रक्तस्राव के दौरान या बाद में रक्त गुल्म</li> <li>▪ बांह को दिल के स्तर के ऊपर ले जाकर 7-10 मिनट के लिए 3/4 स्टेरायलगोज़ के साथ दबाव डालें</li> <li>▪ बर्फ लगाएँ</li> </ul> <p><b>आक्षेप</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ तत्काल मदद के लिए पूछें</li> <li>▪ वायु मार्ग बनाए रखें</li> </ul> <p><b>हृदय संबंधी कठिनाइयाँ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ तत्काल चिकित्सा के लिए पूछें</li> </ul>		
	<p><b>दान किए गए रक्त का परीक्षण</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• एच आई वी, हेपेटाइटिस आदि संक्रामक रोगों के लिए रक्त इकाइयों का परीक्षण किया जाना चाहिए</li> <li>• यह ब्लड बैंक की जिम्मेदारी होगी कि वह यह सुनिश्चित करे कि सारा खून जो कि एकत्रित, प्रॉसेस एवं सप्लाय किया गया है वो सरकार द्वारा मानकों पर खरा हो</li> <li>• एच आई वी एंटीबॉडी परीक्षण से स्वतंत्रता, इस तरह के परीक्षण का परिणाम कंटेनर के लेबल पर दर्ज किया जाना चाहिए</li> <li>• हेपेटाइटिस बी की सतह प्रतिजन, हेपेटाइटिस सी सतह प्रतिजन, वी डी आर एल और मलेरिया पर जीवी से स्वतंत्रता के लिए प्रत्येक रक्त इकाई का भी परीक्षण किया जाना चाहिए और इस तरह के परीक्षण के परिणाम कंटेनर के लेबल पर दर्ज किए जाने चाहिए।</li> <li>• पायलट ट्यूब में दाताओं के रक्त के नमूने और प्राप्त करने वाले के रक्त के नमूनों को अलग रेफ्रिजरेटर में जारी करने के बाद 7 दिनों के लिए संरक्षित रखा जाए</li> <li>• संक्रामण किए जाने वाला रक्त किसी भी स्तर पर जमा हुआ नहीं होना चाहिए</li> <li>• रक्त के कंटेनरों को किसी भी स्तर पर सीधे बर्फ के संपर्क में नहीं आना चाहिए</li> <li>• परिणाम के साथ दाता के नाम के लिए रिकॉर्ड बनाए रखा जाएगा</li> <li>• ब्लड ग्रुप रजिस्टर में दिए गए UID नंबर के साथ ब्लड</li> </ul>	VsfDuf'k;u	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	ग्रुप और Rh को बैग पर दर्शाया जाए , जिस पर डोनर और ब्लड सैंपल का विवरण दर्ज किया जाए		
	<p><b>रक्त घटकों की तैयारी</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>इसे केवल डबल, ट्रिपल या क्वाड्रापल प्लास्टिक बैग या SAGM बैग के तहत किया जाएगा</li> <li>सक्षम कर्मचारी जो रक्त घटकों के प्रसंस्करण के लिए प्रशिक्षित हैं वे पूरे समय उपस्थित रहेंगे</li> <li>घटक की तैयारी ब्लड बैंक में मैनुअल / स्वचालित प्रौद्योगिकी वाले रक्त घटक प्रयोगशाला में की जानी चाहिए</li> <li>घटकों का पृथक्करण मैनुअल / स्वचालित अंतर सेंट्रीफ्यूजेशन का उपयोग करके किया जाना चाहिए</li> <li>नरम स्पिन और हाथ स्पिन प्लाज्मा एक्सप्रेसर का उपयोग करके आधुनिक अपकेंद्रित्र के माध्यम से रेफ्रिजरेटर में किया जाना चाहिए</li> </ul> <p>➤ <b>कॉन्सेंट्रेटेड आर बी सी</b> प्रसंस्करण के तुरंत बाद भंडारण। पैक किए गए लाल रक्तकोशिकाओं को 2-6 डिग्री सेंटी ग्रेड के बीच तापमान पर रखा जाएगा</p> <p>निरीक्षण- घटकों को प्लाज्मा के पृथक्करण के तुरंत बाद, भंडारण के दौरान और निर्गम के समय भी निरीक्षण किया जाएगा।</p> <p>यदि रंग या शारीरिक बनावट में कोई असामान्यता या माइक्रोबियल संदूषण का कोई संकेत नहीं है तो उत्पाद जारी नहीं किया जाएगा</p> <p>➤ <b>ग्रैनुलोसाइटकॉन्सेंट्रेट</b> इसे अधिकतम 24 घंटे के लिए 20-24 डिग्री सेंटीग्रेड के बीच रखा जाएगा। सेल सेपरेटर पर तैयार होने पर ग्रैनुलोसाइट की इकाई 1 * 10<sup>10</sup> से कम नहीं होगी</p> <p>जब भी आवश्यक हो ग्रुप स्पेसिफ़ायड परीक्षण / एच एल ए परीक्षण किया जाएगा</p> <p>➤ <b>फ्रेश फ़्रोज़ेन प्लाज़्मा</b> प्लाज्मा को रक्त संग्रह के बाद 6 घंटे के भीतर रख दिया जाना चाहिए और तापमान -30 डिग्री सेंटीग्रेड से अधिक</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p>गर्म नहीं होना चाहिए, 1 वर्ष से अधिक अवधि के लिए संरक्षित ना किया जाए</p> <p>➤ <b>क्रायोप्रेसिपिटेट</b></p> <p>एंटी हेमोफीलिया फैक्टर का कॉन्सेंट्रेट -30 डिग्री सेंटीग्रेड पर फ्रेश फ्रोज़ेन प्लाज़्मा को पिघला कर तैयार किया जाएगा, तापमान को -30 डिग्री सेंटीग्रेड से अधिक नहीं रखा जाए और 1 वर्ष से अधिक के लिए संरक्षित ना किया जाएगा।</p>		
	<p><b>रक्त और इसके घटकों का भंडारण</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• एक नामित क्षेत्र का उपयोग परीक्षण किए गए और एक्स्पायर्ड रक्त के भंडारण के लिए किया जाएगा। क्षेत्र को ठीक से लेबल किया जाएगा और ऐसे क्षेत्रों तक पहुंच नियंत्रित की जाएगी।</li> <li>• एक विशेष तापमान की स्थिति में रक्त और घटकों को बनाए रखने के लिए निर्देशों के लिखित प्रदर्शन के साथ वैकल्पिक भंडारण की सुविधा की जाएगी।</li> <li>• बिजली की विफलता की स्थिति में संरक्षण के क्षेत्र में यू पी एस प्रदान किया जाएगा।</li> <li>• भंडारण उपकरणों को इस प्रकार से रखा जाए कि तापमान अलार्म (निर्धारित सीमा से परे) तत्काल सुधारात्मक कार्रवाई सुनिश्चित करने के लिए ब्लड बैंक कर्मियों को सुनाई देने योग्य हो</li> </ul>		
	<p><b>रक्त और उसके घटकों का परिवहन</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• एक सिस्टम का उपयोग यह सुनिश्चित करने के लिए किया जाना चाहिए कि ब्लड बैंक में भेजे गए सभी रक्त घटकों को आवश्यक तापमान में बनाए रखा गया है</li> <li>• परिवहन के दौरान सभी तरल आर बी सी घटक 1-10 डिग्री सेंटीग्रेड पर रखे जाए</li> <li>• सभी घटक नियमित रूप से 20-24 डिग्री सेंटीग्रेड पर संग्रहीत होते हैं और शिपमेंट के दौरान तापमान बनाए रखना चाहिए</li> <li>• सभी जमे हुए घटकों को 18 डिग्री या कम तापमान पर फ्रोज़ेन स्टेट में ले जाया जाना चाहिए</li> <li>• मापदंड के अनुसार परिवहन को सुनिश्चित करने के लिए सामयिक तापमान की जाँच और उसका रिकार्ड रखा जाए।</li> </ul>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p><u>रक्त जारी करना</u></p> <p>ब्लड सैंपल और क्रॉस मैचिंग के सफल परीक्षण के बाद, ब्लड माँगने वाले को जारी किया जाये एवं इसका विवरण ब्लड बैंक रजिस्टर में दर्ज किया जाए</p>		
	<p><u>तत्काल आवश्यकता में रक्त उपलब्धता</u></p> <p>संक्रामण निम्न अनुरोधों द्वारा पूरा किया जाना चाहिए</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• रोगी की पहचान</li> <li>• घटक और मात्रा की पहचान</li> <li>• चिकित्सक का नाम</li> <li>• प्राप्तकर्ता के संक्रामण का इतिहास</li> <li>• लाल रक्त घटक के ABO प्रकार की पुष्टि</li> <li>• Rh प्रकार की पुष्टि</li> <li>• प्राप्तकर्ता के लिए उपयुक्त ABO और Rh प्रकार के घटकों का चयन</li> <li>• क्रॉस मैचिंग</li> <li>• यदि आपातकालीन स्थिति में रक्त संक्रामण की आवश्यकता होती है और प्राप्तकर्ता के रक्त को संसाधित करने में लगने वाला समय एक हानिकारक देरी का कारण बनता है, तो O -ve रक्त जारी किया जाना चाहिए</li> <li>• रक्त नमूना ट्यूब और रक्त अनुरोध फार्म पर स्पष्ट लेबलिंग करें</li> <li>• अगर रोगी अज्ञात है आपातकालीन प्रवेश संख्या का उपयोग करें</li> <li>• यदि किसी अन्य अनुरोध को भेजना है तो पहले अनुरोध फार्म और रक्त नमूने के रूप में एक ही पहचान का उपयोग करें रक्त बैंक पता हो कि वे एक ही रोगी पर काम कर रहे हैं</li> <li>• यदि कई कर्मचारी आपात कालीन मामलों पर काम कर रहे हैं, तो एक व्यक्ति को रक्त आदेश देने की जिम्मेदारी लेनी चाहिए, रक्त आवश्यकता की तात्कालिकता को पूर्व निर्धारित शब्दों द्वारा सूचित किया जाना चाहिए</li> <li>• यदि रोगी की पहचान का कोई खतरा हो तो ब्लड बैंक समूह O (अधिमानत: O -ve) भेज सकता है</li> <li>• O -ve रक्त समूह के व्यक्ति यूनिवर्सल दाता है और</li> </ul>	ulZ bUpktZ	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p>AB +ve रक्त समूह के व्यक्ति यूनिवर्सल प्राप्तकर्ता हैं</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>यदि रोगी सचेत है तो उसका नाम विवरण आदि पूछें, बेहोश रोगियों में रिश्तेदार या स्टाफ के दूसरे सदस्य से पूछें. रक्त के नमूने ट्यूबों में लिए जाते हैं और नमूने लेने वाले व्यक्ति के नाम, वार्ड, बिस्तर संख्या, तारीख, हस्ताक्षर के साथ लेबल किया जाता है</li> <li>सुनिश्चित करें कि रोगियों का नाम सही ढंग से स्पष्ट किया गया है</li> <li>रक्त का नमूना लेने से पहले लेबल ट्यूब न करें</li> </ul>		
	<p><b>नमूना संग्रह:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>रोगी के रक्तसमूह और Rh का परीक्षण रक्त बैंक तकनीशियन द्वारा रक्त बैंक में या रोगी की स्थिति के आधार पर असंगत विभाग में एकत्र किए गए नमूने के माध्यम से किया जाता है</li> <li>नमूना संग्रह और क्रॉस मिलान एक स्वच्छ वातावरण में किया जाता है</li> </ul>	रक्त बैंक तकनीशियन	
	<p><b>नमूने की पहचान:</b></p> <p>रोगी से लिया गया नमूना नमूना संग्रह ट्यूब पर एक लेबल पर रोगी का नाम, उम्र और पंजीकरण नं डालकर पहचाना जाता है।</p>		
	<p><b>पिछला रिकार्ड</b></p> <p>ABO और Rh प्रकार के रोगी का पिछला रिकार्ड क्रॉस मिलान के लिए उपयोग में नहीं किया जाएगा, एक क्रॉस मिलान रिपोर्ट तैयार की जानी चाहिए और परीक्षण और रिपोर्ट बनाने वाले व्यक्ति का नाम दर्ज की जानी चाहिए।</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p><b>रक्त संक्रामण प्रतिक्रियाओं को दूर करने के लिए ब्लड बैंक में निम्न रिकार्ड होना चाहिए:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>रोगी का मूल क्रॉस मैच नमूना, जो आमतौर पर रक्त या उसके उत्पादों को भेजने के बाद कम से कम 48 घंटे तक संरक्षित रहना चाहिए।</li> <li>रक्तदाता के पायलट ट्यूबिंग / बोतल, यह भी 48 घंटे के लिए संरक्षित किया जाना चाहिए।</li> <li>संपूर्ण प्रयोगशाला और ब्लड बैंक रिकॉर्ड।</li> <li>रक्त संक्रामण प्रतिक्रिया का कारण स्थापित करने के लिए तत्काल कदम उठाना चाहिए।</li> <li>उचित रिकॉर्ड बनाए रखा जाना चाहिए और परिणाम संबंधित विभाग को सूचित किया जाना चाहिए।</li> </ul>	ब्लड बैंक bUpktZ	
	<p><b>उपकरणों का रख-रखाव और कैलिब्रेशन</b></p> <p>रेफ्रिजरेटर, डीप फ्रीजर आदि उपकरणों के रखरखाव के लिए नियमित रूप से तापमान की जाँच करके और गति और समय के लिए इंजीनियर द्वारा हर तीन महीने किया जाता है</p> <p>कैलिब्रेशन वार्षिक आधार पर या जब भी आवश्यक हो किया जाना चाहिए।</p>		
	<p><b>रक्त और जैव चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन</b></p> <p>रक्त संग्रह के बाद, ट्यूबों में शेष नमूना संक्रामक रोग स्क्रीनिंग और क्रॉस मैच के लिए एकत्र किया जाता है ट्यूब के हिस्से को काटकर तेज निपटान कंटेनरों में निपटाए जाने वाली सुइयों</p> <p>आधान के लिए अनुपयुक्त समझी जाने वाली इकाइयां, जो ट्रांसफ्यूज नहीं होती हैं और जो किसी भी कारण से निपटान के लिए नामित होती हैं, सभी लागू विनियमों और आवश्यकताओं के अनुसार एक उपयुक्त विधि द्वारा निपटाई जाएंगी।</p> <p>जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम 2016 और 2018 के अनुसार सभी घटकों और रक्त का निपटान किया जाएगा</p> <p><b>अस्पताल से लौटा भरा रक्त बैग का निपटान</b></p> <p>सभी लौटाई गई रक्त बैग को पहले ऑटोक्लेव किया जाना चाहिए और फिर बी एम डब्ल्यू एजेंसी को सौंप दिया जाना</p>		जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम 2016 और 2018

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेंटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p>चाहिए</p> <p><b>प्रतिक्रिया शील भरे हुए रक्त थैलों का निपटान</b> ऑटोक्लेव किया जाना चाहिए और फिर पीले रंग के बी एम डब्ल्यू बिन में डाल देना चाहिए प्रत्येक खारिज इकाई के प्रलेखन को बनाए रखा जाना चाहिए</p> <p><b>खाली थैलों का निपटान</b> खाली रक्त बैग पहले काटा जाना चाहिए और कीटाणुरहित किया जाना चाहिए और फिर लाल कंटेनर में डाल कर बी एम डब्ल्यू एजेंसी को सौंप दिया जाना चाहिए, उन अस्पतालों जो बी एम डब्ल्यू एजेंसी के तहत शामिल नहीं हैं एक समर्पित बी एम डब्ल्यू ऑटोक्लेव द्वारा बैग ऑटोक्लेव किया जाना चाहिए और फिर गहरी दफन पाई में बंदकर दिया जाना चाहिए</p>		
	<p><b>अभिलेखों का अनुरक्षण</b></p> <p>निम्नलिखित अभिलेख रक्त बैंक में रखे जाते हैं :-</p> <p>रक्तदाता अभिलेख रक्त और उसके घटकों का मास्टर रिकॉर्ड पूरे रक्त के लिए निर्गम रजिस्टर आपूर्ति किए गए घटकों का अभिलेख नैदानिक किट और अभिकर्मकों के लिए रजिस्टर आधान प्रतिकूल प्रतिक्रिया अभिलेख एलिसा परीक्षण अभिलेख घटक दैनिक तैयारी अभिलेख गुणता नियंत्रण रजिस्टर</p> <p><b>जिन अभिलेखों को रखना अपेक्षित है, उनमें निम्नलिखित विवरण शामिल हैं, नामतः</b></p> <p><b>रक्तदाता अभिलेख</b> क्रम संख्या, रक्तदान की तारीख, रक्तदाता का नाम पता और हस्ताक्षर, अन्य विवरण जैसे आयु, वजन, हीमोग्लोबिन, रक्त समूह रक्तचाप, चिकित्सा परीक्षा, बैग संख्या और रोगियों के विवरण जिन के लिए प्रतिस्थापन दान के मामले में दान किया जाता है, दान श्रेणी, आस्थगित दान, प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेंटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p><b>रक्त और उसके घटकों का मास्टर रिकॉर्ड</b>  रक्त बैग सीरियल नंबर, संग्रह की तारीख, समाप्ति की तारीख, एम एल में मात्रा, ABO/Rh समूह, एचआईवी एंटीबॉडी, मलेरिया, VDRL, हेपेटाइटिस बी सतह प्रतिजन, हेपेटाइटिस सी वायरस एंटीबॉडी और अनियमित एंटीबॉडी यदि कोई हो, के लिए परीक्षण के परिणाम, दाता का नाम और पता, उपयोग निर्गम संख्या, तैयार या छोड़े गए घटक, प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर</p> <p><b>पूरे रक्त के लिए निर्गम रजिस्टर</b>  क्रम संख्या, जारी करने की तारीख और समय, रक्त बैग सीरियल नंबर, ABO/Rh समूह, एम एल में मात्रा, प्राप्तकर्ता का नाम और पता, प्राप्तकर्ता समूह, इकाई या संस्था, क्रॉस मैचिंग रिपोर्ट का विवरण, आधान के लिए संकेत</p> <p><b>आपूर्ति किए गए घटकों का अभिलेख</b>  आपूर्ति की गई मात्रा, संगतता रिपोर्ट, प्राप्तकर्ता का विवरण, जारी कर्ता व्यक्ति के हस्ताक्षर</p> <p><b>नैदानिक किट और अभिकर्मकों के लिए रजिस्टर</b>  निर्माता का विवरण, बैच संख्या, आपूर्ति की तारीख, परीक्षा परिणामों का विवरण</p> <p><b>आधान प्रतिकूल प्रतिक्रिया अभिलेख</b>  किट/अभिकर्मक का नाम  बैच नंबर, समाप्ति की तारीख, उपयोग की तारीख</p> <p>ब्लड बैंक को ब्लड यूनिट के साथ-साथ मरीज को ब्लड बैंक</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	<p>की क्रॉस मैचिंग रिपोर्ट जारी करनी चाहिए।</p> <p>आधान प्रतिकूल प्रतिक्रिया अभिलेख</p> <p>खरीद का रिकॉर्ड, डिस्पोजेबल सुइयों, सिरिंजों और रक्त बैग के हाथ में उपयोग और स्टॉक बनाए रखा जाएगा</p> <p>नोट – सभी रिकॉर्ड 5 साल के लिए रक्त बैंक द्वारा बनाए रखा जाना चाहिए</p>		

### उपकरणों की गुणवत्ता नियंत्रण

S.No	Equipments	Performance	Frequency	Frequency of Calibration
1	Temperature Recorder	Compare against thermometer	Daily	As often as Necessary
2	Refrigerated Centrifuge	Observe speed and temperature	Each day of use	As often as necessary
3	Haematocrit			Standardize before initial use, after repair or adjustment and Annually
4	General lab Centrifuge -			Tachometer every 6 month
5	Automated Blood Typing	observe controls for correct result	each day of use	
6	Hemoglobin Meter	standardized against cyanmethamoglobin	each day of use	
7	Urinometer	Standardize against distilled water	each day of use	
8	Blood container Weighing device	Standardize against container of known Weight	each day of use	as often as necessary
9	Water Bath	observe temperature	each day of use	as often as necessary
10	Rh view box	observe temperature	each day of use	as often as necessary

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

11	Autoclave	observe temperature	each day of use	as often as necessary
12	Serological Rotators	observe control for correct result	each day of use	speed as often as necessary
13	Laboratory Thermometers			before initial use
14	Electronic Thermometer		Monthly	
15	Blood Agitators	observe weight of the first container of blood Filled for correct result	each day of use	standardize with container of known mass or volume before initial use, and after repair or adjustment

### अभिकर्मकों की गुणवत्ता नियंत्रण

- संग्रह, प्रसंस्करण, संगतता, परीक्षण, भंडारण और रक्त और रक्त घटकों के वितरण में इस्तेमाल सभी आपूर्ति और अभिकर्मकों एक उचित तरीके से और विशेष रूप से एक सुरक्षित और स्वच्छ जगह में उचित तापमान पर संग्रहीत किया जाएगा
- आधान के लिए रक्त और रक्त घटकों के साथ संपर्क में आने वाले सभी आपूर्ति स्टेराइल, pyrogen मुक्त हो और इसके सुरक्षा, शुद्धता, गोपनीयता या उत्पाद की प्रभावशीलता पर प्रतिकूल प्रभाव न पड़े
- आपूर्ति और अभिकर्मकों जिसमें समाप्ति की तारीख नहीं है उनको इस तरह से संग्रहीत किया जाएगा कि सबसे पुराना पहले प्रयोग किया जा सके
- आपूर्ति और अभिकर्मकों का उपयोग निर्माता द्वारा प्रदान किए गए निर्देशों के अनुरूप तरीके से किया जाए
- रक्त और रक्ताधान प्रयोग नहीं होने वाले सभी कंटेनर और क्लोजर को ठोस सतह और अन्य संदूषकों से स्वच्छ और मुक्त स्थान पर रखा जाए।
- प्रत्येक रक्त इकट्ठा कंटेनर और उसके उपग्रह कंटेनर यदि कोई हो, को नुकसान या इसके उपयोग से पहले और तुरंत भरने के बाद संदूषण के सबूत के लिए नेत्रहीन जांच की जाएगी, जहां भी नुकसान या संदूषण के सबूत मिलजायेवहा कंटेनर का उपयोग नहीं किया जाए, यदि भरने के बाद पता चला ठीक से खारिज कर दिया जाए

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बँक विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

- निम्न अभिकर्मक या समाधान के प्रतिनिधि नमूने स्टैंडर्ड ऑपरेटिव प्रोसेजर मैनुअल में वर्णित विधियों द्वारा एक अनुसूचित आधार पर नियमित रूप से परीक्षण किया जाए

1	Anti- human serum
2	Blood grouping – serums
3	Lectin
4	Antibody screening and reverse Grouping cells
5	Hepatitis test reagents
6	Syphilis serology reagents
7	Enzymes
8	HIV I & II reagents
9	Normal saline ( LISS and PBS)
10	Bovine Albumin

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।