

بسم الله الرحمن الرحيم



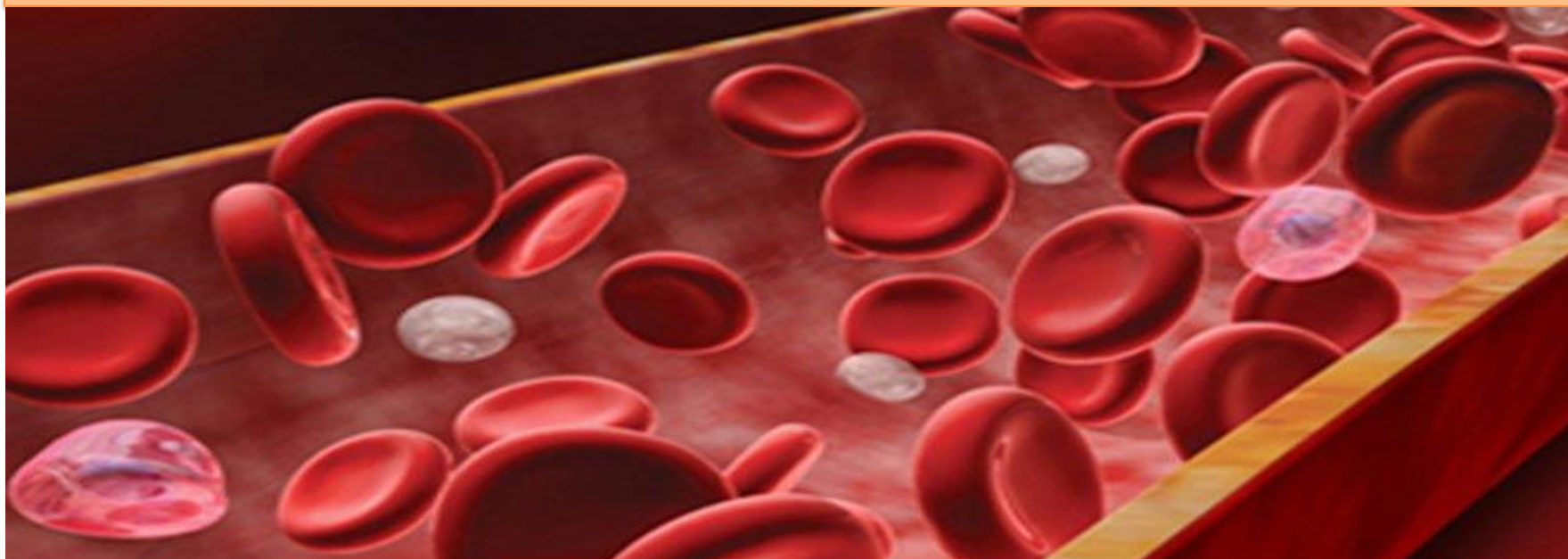
# آشنایی با سنج‌های اعتباربخشی محور طب انتقال خون

مریم علیزاده

کارشناس ارشد پرستاری کودکان

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

تیر 1401



**اعتبار بخشی** یک فرایند است و به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص می باشد.

استانداردهایی که بر:

✚ جلب اعتماد جامعه

✚ ارتقای مستمر کیفیت تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان

✚ تضمین ایمنی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت

✚ ارائه الگوی نظارتی یکپارچه جهت اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی کیفی ، ایمنی و مبتنی بر شواهد علمی روز

✚ ایمنی و بیمار محوری در کنار ارتقای کیفیت خدمات

تأکید دارد.

در نسخه مورد استناد از کتاب استانداردها برای دور پنجم اعتباربخشی ملی بیمارستانها، 19 محور به عنوان مولفه های اصلی، 110

استاندارد کیفی و 505 سنج به تفکیک شامل 212 سنجه سطح یک ، 208 سنجه سطح دو و 85 سنجه سطح سه وجود دارد.

همچنین سنجه ها در سه سطح به شرح ذیل طبقه بندی شده اند:

سنجه های سطح یک: سنجه هایی که اهمیت ، حساسیت و امکان تحقق آنها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر

بیمارستان میباشند.

سنجه های سطح دو: سنجه هایی که امکان تحقق آنها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان ها میباشند.

سنجه های سطح سه: سنجه هایی که امکان تحقق آنها پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستانها میباشند.

**ب - مراقبت و درمان**

**ب-9 طب انتقال خون**

سطح	ب-۹-۱ زنجیره سرد در مراحل انتقال و نگهداری خون و فرآورده‌های آن رعایت می‌شود.
سطح یک	ب-۹-۱-۱ * حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی از سازمان انتقال خون و در داخل بیمارستان در همه مراحل با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ استفاده از ماشین مخصوص حمل و نقل خون و فرآورده‌ها از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان</li> <li>❖ حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی توسط افراد آموزش دیده دارای کارت یا گواهی صادر شده دارای اعتبار از سازمان انتقال خون برای فرد مسئول حمل و نقل</li> <li>❖ استفاده از محفظه‌های مخصوص حمل و نقل و ثبت کننده دما در باکس حاوی کیسه‌های خون در زمان حمل از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان</li> <li>❖ ثبت دمای فرآورده در هنگام تحویل در بانک خون بیمارستان</li> <li>❖ تحویل دادن فرآورده از بانک خون به بخش‌های بیمارستان با باکس‌های جداگانه و ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره</li> </ul>	
<p>استفاده از ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره به جهت جلوگیری از وارد آمدن ضربه فیزیکی به فرآورده‌ها است. نیازی به استفاده از یخ خشک یا دماسنج در زمان حمل نقل خون و فرآورده‌ها از بانک خون بیمارستان به بخش‌های بالینی و اتاق عمل نیست.</p>	



<p>ب-۹-۲* خون و انواع فراورده‌های خونی در شرایط و دمای مناسب در بانک خون، اتاق عمل و بخش‌ها نگهداری می‌شوند.</p>	<p>سطح یک</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ چیدمان کیسه‌های خون در یخچال به ترتیب تاریخ انقضاء و تنظیم مصرف خون و فراورده‌ها با روشی مشخص و قبل از انقضای تاریخ آن‌ها</li> <li>❖ نگهداری فراورده‌های پلاسمایی منجمد و کرایو به ترتیب تاریخ انقضاء</li> <li>❖ ثبت کنترل روزانه خون و فراورده‌های آن از نظر تاریخ انقضاء و اطمینان از عدم وجود فراورده تاریخ انقضاء گذشته</li> <li>❖ تنظیم سیستم هشدار دهنده یخچال مخصوص بانک خون با اعلام هشدار کمتر از ۲/۵ و بیشتر از ۵/۵ درجه سانتی گراد</li> <li>❖ نگهداری پلاکت‌ها در دمای ۲۰-۲۴ درجه سانتی گراد با تکان آرام و با استفاده از روتاتور (شیکر انکوباتور پلاکت)</li> <li>❖ موجود بودن سیستم هشداردهنده دما در شیکر انکوباتور دار پلاکتی یا آریتاتور پلاکتی</li> <li>❖ ثبت دمای یخچال و فریزر و شیکر انکوباتوردار پلاکت با ترمومتر دیجیتالی- ترموگراف دستی و بررسی ترموگراف‌های آن‌ها حداقل روزی یک بار</li> <li>❖ وجود سیستم هشدار دهنده شنیداری (آلارم) برای اعلام دمای خارج از محدوده مجاز</li> <li>❖ تنظیم سیستم هشدار دهنده فریزر مخصوص بانک خون و هشدار آن در بیشتر از ۲۱- درجه سانتی گراد</li> <li>❖ تنظیم سیستم هشدار دهنده شیکر انکوباتور پلاکتی و هشدار آن در بیشتر از ۲۳/۵ درجه سانتی گراد و کمتر از ۲۰/۵ درجه سانتی گراد</li> <li>❖ ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون با استفاده از دستگاه ذوب پلاسما یا بن ماری مستقل از آزمایشگاه</li> </ul>	
<p>ترمومتر کالیبره ترمومتری است که در فواصل مشخص کالیبره شده و مورد تأیید قرار گرفته است و مستندات آن نیز موجود باشد. کنترل سیستم هشدار دهنده به صورت روزانه بایستی انجام شود.</p> <p>دستگاه ذوب پلاسما یا بن ماری مجزا از سایر بخش‌های آزمایشگاه برای ذوب پلاسما در بانک خون دارای گواهی کالیبراسیون دما در ۳۷ درجه سانتی گراد برای تجهیز فوق‌الذکر دارای سیستم هشداردهنده برای تجهیز آن و استفاده از کیسه‌های نایلونی پلی اتیلن غیر قابل نفوذ جهت ذوب فراورده‌های پلاسمایی منجمد الزامی است.</p>	

سطح	ب-۹-۲ کیفیت و احراز هویت نمونه، کیسه خون و فرآورده‌های خونی تحت کنترل است.
سطح یک	ب-۹-۲-۱ * مدیریت کیفیت نمونه‌های بانک خون برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ برچسب نمونه‌های آزمایش بانک خون حداقل شامل نام و نام خانوادگی و نام پدر و شماره انحصاری رایانه‌ای بیمار، نام بخش، ساعت و تاریخ نمونه‌گیری، نام نمونه‌گیر</li> <li>❖ تعیین معیارهای پذیرش و رد نمونه توسط آزمایشگاه بانک خون</li> <li>❖ ارزیابی معیارهای پذیرش و رد نمونه و الزامات هویتی بیمار و سایر مشخصات فنی در بدو ورود به آزمایشگاه بانک خون و در صورت عدم انطباق اخذ نمونه مجدد</li> </ul>
	شناسایی فعال بیماران با رعایت استاندارد ب-۱-۱-۱ پیش نیاز تحقق این استاندارد است.

## شناسایی بیماران

تطبیق بیمار صحیح جهت مراقبت/درمان به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت در کلیه بیماران بستری و تمامی بخشها/ واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپي ها و مانند آنها باید انجام شود.

اکیدا "یادآوری می شود که استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد.

الزامی است کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه دارای دستبند شناسایی باشند.

قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی /درمانی، شناسایی بیماران حتما باید با تاکید بر اصول شناسایی صحیح به شرح ذیل انجام گیرد:



- به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی درج شود.
- بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
- در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
- هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.
- به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دونفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

## ● فرایند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه:

- بیش از 70% اطلاعاتی که جهت تشخیص و درمان بیماران توسط پزشکان مورد استفاده قرار می گیرد، اطلاعات آزمایشگاهی است لذا اطمینان از صحت شناسایی نمونه ها و بیماران در آزمایشگاه از اهم موضوعات در حیطه اشتباهات و وقایع ناخواسته پزشکی محسوب می شود. برچسب اشتباه نمونه ها در آزمایشگاه منجر به صدمات و آسیب های متعددی می شود من جمله اینکه از دو بیماری که تشخیص و درمان آنان بر اساس اطلاعات اشتباه بوده است، هر دو بیمار درمان صحیح را دریافت نمی کنند. این امر در بسیاری از موارد منجر به عواقب شدیدی برای بیماران حتی مرگ آنان می شود.
- الزامی است در آزمایشگاه خط مشی وضوابط مکتوب و مدون در ارتباط با نحوه نام گذاری و مدیریت نمونه های خونی و سایر نمونه های موجود باشد که عملکرد کادر درمانی، خدماتی و دفتری را در هنگام بروز اتفاقات نا خواسته در آزمایشگاه تشریح نماید.
- در هنگام بروز اتفاقات ناخواسته در آزمایشگاه ضروریست فرایند اشتباه مشخص شود و کادر متخصص مسئول توجیه گردد تا از بروز موارد مشابه پیش گیری شود.

- برچسب کلیه نمونه ها بایستی واجد نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد بیمار یا مددجو، نام بخش، شماره پذیرش/ شماره پرونده و نام آزمایشات مورد درخواست باشد و از برچسب ها در بالین بیمار بر روی لوله های نمونه چسبانیده شوند.
- الزامیست در بیماران بستری برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار صورت گیرد.
- برگه درخواست آزمایشات بایستی در قبال شناسه های اصلی بیمار کنترل شود و پس از اطمینان از نوع آزمایشات در خواستی برچسب مشخصات بیمار به لوله/ظرف نمونه گیری به نحوی الصاق شود که از بروز اشتباه پیش گیری نماید و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود.
- برچسب مشخصات را مستقیماً" بر روی جداره لوله/ظرف نمونه گیری بچسبانید.
- در صورت وجود هر گونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها، بهتر است که نمونه گیری مجدد انجام شود و فرایندی که منجر به اشتباه شده است بررسی گردد.

سطح یک	ب-۹-۲-۲* کیسه‌های خون و فراورده‌های خونی برچسب گذاری شده و تحت نظارت و کنترل هستند.
	<p>❖ برچسب گذاری کیسه‌های خون در ابعاد متناسب و با حداقل اطلاعات الزامی به صورت خوانا</p> <p>❖ زنجیره تحویل و انتقال کیسه‌های خون از بانک خون به بالین بیمار و بالعکس تحت کنترل و صیانت کامل از کیفیت و اطلاعات فرآورده</p>

- حداقل اطلاعات لازم بر روی برچسب کیسه های خون حداقل شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر و کد انحصاری رایانه ای بیمار دریافت کننده خون، وضعیت سازگاری، گروه خون و RH، نام بخش مصرف کننده به صورت خوانا است.
- جداسازی و مشخص ساختن خون های کراسماچ شده در یخچال به وسیله برچسب استاندارد کراسماچ که اطلاعات برچسب حداقل شامل نام، نام خانوادگی، بخش بستری، شناسه واحد رایانه ای بیمار و نام و نام خانوادگی فرد انجام دهنده آزمایش سازگاری بر روی کیسه های خون با قید وضعیت سازگاری است.
- زنجیره تحویل و انتقال کیسه های خون از بانک خون به بالین بیمار و بالعکس تحت کنترل بوده و حداقل نام گیرنده، نام بخش و نام انجام دهنده آزمایشات سازگاری، تمامی مشخصات کیسه، مشخصات اهدا کننده و زمان تحویل و نام تحویل گیرنده در آزمایشگاه بانک خون ثبت و نگهداری می شود.

سطح	ب-۹-۳ آزمایش های بانک خون تحت برنامه های مدیریت کیفیت است.
سطح یک	ب-۹-۳-۱ نحوه انجام آزمایش های بانک خون بر اساس روش های مدون و با استفاده از کیت و مواد مصرفی معتبر برنامه ریزی و انجام می شود.

تدوین دستورالعمل نحوه انجام آزمایش های بانک خون توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان و با استفاده از راهنمایهای ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون

آگاهی کارکنان آزمایش های بانک خون و انجام آزمایش ها مطابق دستورالعمل مربوط

خریداری تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی از تامین کنندگان معتبر

خریداری تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی دارای تاییدیه معتبر کارکردی

تامین کیت ها، معرف ها و محلولهای تشخیصی و لوازم و تجهیزات لازم جهت انجام آزمایش های بانک خون

کنترل و نگهداری تجهیزات مختلف در آزمایشگاه بانک خون مطابق با توصیه سازنده بطور مرتب و نگهداری سوابق آنها

تدوین دستورالعمل توسط مسئول فنی آزمایشگاه با مشارکت مسئول بانک خون و کارکنان مرتبط

مسئول فنی آزمایشگاه آموزش های لازم را به کارکنان بانک خون ارائه نموده و از صلاحیت آنان برای اشتغال در این بخش مهم اطمینان حاصل

نماید. روش آزمایش سازگاری استاندارد و ثبت مراحل آن شامل آزمایش سازگاری در فازهای مختلف آزمایش در دمای اتاق و فاز 37 درجه

سانتیگراد با آلبومین و فازآنتی هیومن گلوبولین است. استفاده از محلول Liss بجای آلبومین قابل قبول است. همچنین بایستی آماده سازی خون

برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از چهار ماه با رعایت الزامات و روشهای ابلاغی هموویژولانس انجام شود. نصب پوستر “آگلوتیناسیون

و درجه بندی واکنش آنتی ژن آنتی بادی” تهیه شده در آزمایشگاه رفرانس ایمونوهماٹولوژی سازمان -انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت

در بانک خون برای کمک به تفسیر بهتر نتایج آزمایش توصیه می شود.

سطح دو	ب-۹-۳-۲ □ کنترل کیفیت آزمایش‌ها به صورت مدون در بانک خون انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ انجام کنترل کیفیت آزمایش‌های فعال و آنتی سرم‌ها در بانک خون، تفسیر نتایج و اعمال اقدامات اصلاحی در صورت لزوم و نگهداری سوابق کنترل کیفی</li> <li>❖ شرکت آزمایشگاه بانک خون در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت<sup>۲</sup> و استفاده از نتایج آن در بازنگری مدیریت کیفیت</li> <li>❖ ثبت و نگهداری سوابق و نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت و اقدامات اصلاحی انجام شده با قابلیت بازیابی تا یکسال</li> </ul>

■ انجام کنترل کیفی آنتی سرم های گروه بندی خون روزانه قبل از مصرف بایستی انجام شده و مستندات مبنی بر کنترل کیفی کلیه

آنتی سرمها بر اساس هر سری ساخت موجود باشد.

■ همچنین آزمایشگاه بانک خون بایستی در برنامه کنترل کیفی های خارجی آزمایشات ایمونوهماگلوژی شرکت نموده و نمونه های

مجهول را در روندهای معمولی نمونه مجهول را آزمایش نموده و بر اساس نتایج کنترل کیفی خارجی اقدام اصلاحی/برنامه بهبود

تدوین و اجرا می شود



سطح	ب-۹-۴ بیمارستان سامانه نظام مراقبت از خون را مستقر نموده است.
سطح یک	ب-۹-۴-۱ * وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون و فراورده‌های خونی شناسایی، پیشگیری و مدیریت می‌شوند.

♦ طرح تمامی وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون در کمیته طب انتقال خون

♦ تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون

♦ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم در کمیته طب انتقال خون

❖ تمامی مراحل اجرای این سنجش بر پایه استقرار استانداردهای مرتبط با وقایع ناخواسته درمان در محور رهبری و مدیریت کیفیت

است.

سطح دو	ب-۹-۴-۲ * بیمارستان دارای گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون است.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ اجرا و نهادینه شدن الزامات نظام مراقبت از خون (هموویژولانس) با استفاده از فرم‌های استاندارد در بیمارستان</li> <li>❖ اخذ گواهی نامه استقرار نظام مراقبت از خون (هموویژولانس) با تاریخ معتبر از سازمان انتقال خون</li> </ul>
	نهادینه شدن الزامات نظام مراقبت از خون، هموویژولانس به معنی استقرار کامل و رعایت تمامی اصول و تکمیل فرم‌های هموویژولانس در بیمارستان است.

سطح دو	ب-۹-۴-۳ بیمارستان از فرم‌های استاندارد نظام مراقبت از خون استفاده می‌نماید و مندرجات آن تکمیل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ فعال بودن و استفاده از تمامی فرم‌های استاندارد نظام مراقبت از خون و ثبت دقیق اطلاعات مورد نیاز</li> <li>❖ رعایت تمامی فرایندهای مراقبت از خون در تمام سطوح آزمایشگاه بانک خون، بخش‌های بالینی و اتاق عمل و اورژانس</li> </ul>

سطح دو	ب-۹-۴-۴ عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی با استفاده از فرم‌های نظام مراقبت از خون گزارش می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ استفاده از فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته</li> <li>❖ گزارش عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی به سازمان انتقال خون حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه</li> </ul>
	فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون تهیه شده توسط سازمان انتقال خون به طور کامل و حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه به دفتر هموویژولانس سازمان انتقال خون ارسال شود.

سطح دو	ب-۴-۹ پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون، دوره آموزشی نظام مراقبت از خون را گذرانده‌اند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ گذراندن دوره آموزشی هموویرلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پزشکان</li> <li>❖ گذراندن دوره آموزشی هموویرلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرستاران</li> <li>❖ گذراندن دوره آموزشی هموویرلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرسنل بانک خون</li> </ul>
	ارائه گواهی‌های معتبر از سازمان انتقال خون ملاک ارزیابی این سنجه است.
سطح دو	ب-۴-۹ میزان مصرف و خون‌های برگشتی از بخش‌های بالینی به بانک خون پایش و مدیریت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ پایش میزان خون‌های برگشتی به آزمایشگاه بانک خون به تفکیک بخش‌ها/ گروه‌های تخصصی با محوریت کمیته طب انتقال خون</li> <li>❖ ارزیابی دمای خون‌های برگشتی و اقدام اصلاحی در صورت لزوم</li> <li>❖ گزارش نتایج پایش در کمیته طب انتقال خون و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم</li> </ul>
	آزمایشگاه بانک خون با مدیریت مسئول فنی آزمایشگاه میزان مصرف و خون‌های برگشتی بخش‌های بالینی و اتاق‌های عمل به بانک خون را پایش و به کمیته طب انتقال خون گزارش می‌دهد و ضمن ارائه بازخورد به بخش‌های مربوط اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود طراحی و اجرا می‌شود.

## ب - مراقبت و درمان

ب-1 مراقبتهای عمومی بالینی

## ب- ۱ - ۳ - ۴ تزریق خون و فراورده های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صحیح بیمار و تحت مراقبتهای مستمر انجام میشود.

❑ شناسایی ایمن بیمار و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی

❑ مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی ، مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی

❑ بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده های خونی

بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشئی پیش از تزریق خون و فراورده های خونی

❑ نظارت مستمر پرستار مسنول بیمار در 5 دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در 15 دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار

➡ توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون

➡ قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح/ نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار

➡ اطلاع رسانی به پزشك و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای همویزیلانس

➡ در کلیه مراحل تزریق خون راهنمای همویزیلانس ابلاغی از سوی وزارت متبوع رعایت میشود.

➡ نصب پوستر اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران تهیه شده در سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت



سپاس از  
توجه شما

