

Interpretacja wybranych zagadnień związanych z realizacją wizyt akredytacyjnych w JDP

1. Czy w przypadku cytobloku powinno dokonywać się podwójnej autoryzacji? Które standardy należy ocenić w przypadku cytobloku?

Zgodnie z wytycznymi PTP, cytoblok to materiał cytologiczny utrwalony i przygotowany w sposób pozwalający na zatopienie w bloczku parafinowym i na wykonanie badań histologicznych, immunohistochemicznych i molekularnych. Badanie to rutynowo wykonywane jest w diagnostyce nowotworów np. płuca.

Cytoblok oceniany jest jak drobny materiał histologiczny. W trakcie wizyt akredytacyjnych prowadzonych w ramach projektu, autoryzacja przez jednego specjalistę jest akceptowalna. Docelowo, autoryzacja powinna być prowadzona przez dwóch lekarzy specjalistów patomorfologów.

W załączeniu arkusz oceny ze wskazaniem standardów dotyczących dokumentacji medycznej, które podlegają ocenie w przypadku cytobloku.

2. Jakie dane dotyczące utrwalacza i czasu utrwalenia należy podać w intrze i badaniu pointrowym?

W przypadku badania śródoperacyjnego należy podać informację: „materiał świeży” lub „materiał nieutrwalony”. W przypadku badania pointrowego należy podać datę i godzinę utrwalenia materiału oraz rodzaj zastosowanego utrwalacza.

3. Autoryzacja badania introwego – czy informacja o tym komu i o której godzinie przekazano wynik musi znajdować się w rozpoznaniu patomorfologicznym, czy może znajdować się w dokumentacji badania?

Ocena zależy od procedury przyjętej przez JDP- w przypadku telefonicznego przekazania rozpoznania z badania śródoperacyjnego zespołowi operacyjnemu, informacja komu przekazano rozpoznanie, może znajdować się w dokumentacji badania (wymogi standardu BŚ 3). Docelowo należy dążyć, aby informacja komu przekazano rozpoznanie introwe była wpisana w rozpoznaniu. W rozpoznaniu śródoperacyjnym w wersji elektronicznej lub papierowej, czas przekazania rozpoznania musi znajdować się w rozpoznaniu (BŚ 2).

4. Czy prawidłowe pH formaliny mogłoby mieścić się w zakresie 7,0-7,4?

Nie. Prawidłowy zakres pH formaliny wynosi 7,2-7,4.

5. Jak należy postąpić w przypadku, gdy materiały przesyłane są do JDP w bardzo małych naczyniach np. eppendorfach (z zachowaniem odpowiedniej ilości utrwalacza w stosunku do objętości materiału), do których nie zmieści się sonda pH-metru? Czy należy przelać materiał z utrwalaczem do innego naczynia na czas pomiaru?

Eppendorfy nie są naczyniami dedykowanymi do przesyłania materiału do badań patomorfologicznych. Zgodnie z wymogami standardu FW 5.1, co 20. materiał musi mieć zmierzone pH, niezależnie od rozmiarów pojemnika, w jakim został dostarczony. W przypadku problemów należy wyposażyć JDP w pH-metr z końcówką adekwatną do pomiaru w małych naczyniach.

6. Kto ma kwalifikować materiał do badań technikami biologii molekularnej, jeśli jest wysyłany na zewnątrz?

Kwalifikacji materiału do badań technikami biologii molekularnej ma dokonywać lekarz specjalista patomorfolog. Dotyczy to wyłącznie skierowania o typie „kwalifikacja do badania technikami biologii molekularnej”.

7. Jeżeli JDP wysyła na zewnątrz materiał (preparaty i/lub bloczki) celem konsultacji lub wykonania badań molekularnych, to czy zakres informacji podanych w podsumowaniu po otrzymaniu wyniku konsultacji jest taki sam jak dla rozpoznania patomorfologicznego z materiału tkankowego, czyli łącznie z datą i godziną utrwalenia, rodzajem utrwalacza itp.?

Tak, łącznie z datą, godziną i rodzajem zastosowanego utrwalacza.

8. Czy do rozpoznania patomorfologicznego wpisuje się wynik badania molekularnego wykonanego na potrzeby diagnostyki patomorfologicznej, czy także badania predykcyjne? W jakim zakresie wynik ten ma być przepisany – w całości, czy wystarczy konkluzja?

Tak, do rozpoznania patomorfologicznego należy wpisać wynik badania molekularnego wykonanego na potrzeby diagnostyki patomorfologicznej. Jeżeli system informatyczny pozwala na zaciągnięcie całego wyniku, to jego pełna forma jest wymagana. Jeżeli system nie daje takiej możliwości, wówczas wymagane są wynik i konkluzja wraz z informacją w rozpoznaniu patomorfologicznym „wynik w załączeniu” oraz ze wskazaniem nr badania z zakresu biologii molekularnej oraz gdzie badanie było wykonane. Docelowo powinno się wskazać, kto i gdzie wykonał badanie. Sam wynik może być również w tym przypadku dołączony (podpięty) do rozpoznania.

9. Czy rozpoznanie musi być autoryzowane przez dwóch lekarzy specjalistów patomorfologów w przypadku biopsji gruboigłowych prostaty?

Tak, rozpoznanie musi być autoryzowane przez dwóch lekarzy specjalistów patomorfologów.

10. Czy rozpoznanie musi być autoryzowane przez dwóch lekarzy specjalistów patomorfologów w przypadku raka płaskonabłonkowego skóry, małego materiału. Czy musi zawierać ocenę pTNM?

Tak, rozpoznanie musi być autoryzowane przez dwóch lekarzy specjalistów patomorfologów (nie dotyczy materiału hematologicznego i neuropatologicznego) oraz musi zawierać ocenę pTNM w przypadku wycięcia chirurgicznego zmiany.

11. Czy rozpoznanie musi zawierać ocenę granicy cięcia w mm lub cm w przypadku macicy z rakiem endometrium?

Tak, rozpoznanie musi zawierać ocenę granicy cięcia w mm lub cm.

12. Czy ocena pTNM musi być kompletna, tzn. z podaniem subkategorii (dotyczy standardu RP 1.8)? Przykładowo rak nerki, śr. 3 cm. Czy standard jest spełniony, gdy podano tylko pT1, zamiast pT1a.

Standard oceniany jest pozytywnie jeżeli ocena pTNM nie zawiera subkategorii, jednak należy dążyć do podawania kompletnego pTNM z subkategorią.

13. Podręcznik wdrożeniowy str. 22 pkt f – w przypadku chorób nowotworowych rozpoznanie musi zawierać wyodrębnione podsumowanie wraz z pTNM.

Jeżeli nie ma wyodrębnionego podsumowania wraz z pTNM, ale znajduje się ono w treści rozpoznania, to ocena jest pozytywna. Należy dążyć do wyodrębnienia podsumowania w rozpoznaniu.

14. Jakie kodowanie jest obligatoryjne dla materiału tkankowego – czy ICD-O-3 dla rozpoznania nowotworów, a ICD10 dla zmian nienowotworowych?

Wszystkie zmiany nowotworowe należy kodować zgodnie z ICD-O. Zmiany nienowotworowe muszą być kodowane wg ICD-10 lub ICD-11.

15. Które zmiany o charakterze nowotworzenia wewnątrznałonkowego należy kodować zgodnie z ICD-O-3?

W przypadku nowotworzenia śródnałonkowego o charakterze high-grade, zgodnie z definicją we wszystkich lokalizacjach należy podać kod ICD-O.

16. Czy w przypadku zmian wewnątrznałonkowych i ewentualnie których, należy oceniać szerokość marginesów? Czy w przypadku zmian śródnałonkowych dużego stopnia (high-grade) wymagane są w rozpoznaniu patomorfologicznym określenie rozległości i opis marginesów?

W przypadku zmian śródnałonkowych dużego stopnia (high-grade) wymagane jest określenie marginesów w mm lub cm, ale nie jest wymagane określenie rozległości zmiany.

17. Jak szczegółowe powinny być informacje w polu „typ zabiegu”?

W rozpoznaniu muszą znajdować się informacje przepisane ze skierowania (zgodnie z procedurą w szpitalu kod ICD-9). Informacje umieszczone w skierowaniu są zależne od wyboru klinicysty/chirurga, a JDP jedynie przepisuje je do rozpoznania. Jeżeli informacje są niepełne, JDP powinna mieć możliwość zaznaczenia informacji „brak danych”.

18. Czy rezydenci powinni być wliczani do etatów przy obliczaniu obciążenia pracą?

Nie, rezydenci nie są wliczani do etatów przy obliczaniu obciążenia pracą.

19. Czy szkolenia zewnętrzne 1x na 2 lata przewidziane są dla personelu medycznego, a szkolenia wewnętrzne dla wszystkich (podręcznik wdrożeniowy str. 60)?

Szkolenie zewnętrzne to szkolenie prowadzone w zakładzie/szpitalu, ale przez osobę/ firmę zewnętrzną lub realizowane poza podmiotem leczniczym, w ramach którego funkcjonuje Jednostka. Wymagane jest dla lekarzy, osób zajmujących się przygotowaniem materiału do diagnostyki histologicznej i cytologicznej. Szkolenie wewnętrzne jest prowadzone przez pracowników, w obrębie podmiotu leczniczego i dotyczy wszystkich osób zatrudnionych w JDP.

20. Czy wymagany jest ciągły pomiar temperatury i wilgotności w archiwum? W podręczniku wdrożeniowym określono zakres dobowych wahań.

Wymagany jest pomiar temperatury i wilgotności, co najmniej raz dziennie, ponieważ niewiele jednostek posiada możliwość ciągłego pomiaru temperatury i wilgotności. Należy dążyć do wprowadzenia ciągłego pomiaru temperatury i wilgotności.

21. W jakim zakresie system informatyczny w JDP ma dostarczać dane o funkcjonowaniu? Jakie zestawienia, rejestry muszą być w systemie?

System powinien zapewniać możliwość wprowadzania danych do rejestrów wymaganych standardem ZJ 8.

22. Kontrola zużycia środków dezynfekcyjnych: jedynie na podstawie wydania magazynowego, czy kontrola zużycia w miejscu wykorzystania?

Przy ocenie standardu zestawia się ilość pobraną z magazynu ogólnego/szpitalnego lub wewnętrznego ze zużyciem rzeczywistym w JDP (np. jeżeli pobrano z centralnego magazynu 100 litrów płynu, to ile litrów zostało zużyte od daty pobrania do dnia kontroli). Ocenie podlegają zestawienia bieżącego zużycia (np. miesięczne, kwartalne).

23. Jak podejść do kontrolek skrawanych na szkiełko przy barwieniach immunohistochemicznych – czy są dopuszczalne / wymagane? W wytycznych jest napisane, że na szkiełku może znajdować się tylko materiał diagnostyczny pacjenta z jednego bloczka parafinowego. Kontrola nie jest materiałem z tego samego bloczka, nawet nie jest materiałem tego samego pacjenta, a jest niezbędna w celach poprawnej oceny technicznej danego barwienia.

Zakres nie podlega ocenie podczas wizyty akredytacyjnej.

24. Czy przy utylizacji materiałów w formalinie dopuszcza się odlewanie formaliny z małych materiałów przy pobieraniu?

Nie dopuszcza się odlewania formaliny.

25. W jakim zakresie oceniany jest standard ZJ 1.1 w przypadku umów cywilnoprawnych.

W zakresie umowy kontraktowej strony określają obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność. Brak jest natomiast podległości służbowej.

26. Czy dopuszczalne jest posiadanie długich nitrylowych rękawic, do wykonywania sekcji zwłok potencjalnie zakaźnych, w magazynie zakładu patomorfologii, a nie w podręcznym magazynie na terenie prosektorium?

Tak, jest dopuszczalne. Środki ochrony osobistej muszą być dostępne do użycia w chwili zapotrzebowania.

27. Czy konieczne jest wpisywanie informacji, że materiał cytologiczny jest odpowiedni lub nieodpowiedni do oceny mikroskopowej, jeśli jest kodowanie wg klasyfikacji np. Bethesda I czy II?

Nie, nie jest konieczne wpisywanie takiej informacji.

28. Jakie powinny być nagłówki wyników – rozpoznanie patomorfologiczne, czy wynik badania histopatologicznego, rozpoznanie śródoperacyjne, czy wynik badania śródoperacyjnego, analogicznie jak w przypadku badania cytologicznego (podpisanego przez samego patomorfologa, samego screenara lub obydwójce), konsultacyjnego i molekularnego (w tym kwalifikacja, FISH, PCR, NGS)?

Nagłówki powinny zawierać następujące określenia: „rozpoznanie patomorfologiczne”, „rozpoznanie śródoperacyjne” i analogicznie do pozostałych.

29. Jak oceniane są ręczne barwienia histochemiczne? Gotowe zestawy vs. odczynniki podstawowe.

Zgodnie ze standardem, barwienia HE oraz immunohistochemiczne wykonywane są z użyciem zautomatyzowanych systemów. W przypadku innych barwień histochemicznych dopuszcza się wykonywanie ręczne, niemniej jednak zaleca się wprowadzenie zautomatyzowanych systemów dla wszystkich rodzajów barwień.

