



PATOLOJİ LABORATUVARI STANDART UYGULAMA REHBERİ



Doküman No:OE-PAT-PR-001/RB-001
İlk Yayın Tarihi :
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 1 / 7

1. Amaç

Bu rehberin amacı laboratuarda kalite standartlarına uygun hizmet verilebilmesi için gerekli koşulların belirtilmesidir.

2. Kapsam

Baş ve Boyun bölgesinden alınan kemik ve yumuşak dokuları içeren biyopsiler ve cerrahi materyal, ve sitopatolojik tanı amacıyla gönderilen aspirasyon ve eksfoliyatif sitoloji materyallerinin patoloji laboratuvarına , gönderilme, taşınma, kabul, kayıt koşulları, rapor hazırlanma süresi, teslim edilmesi ile ilgili koşullar

3. Sorumlular

Materyali gönderen hekim, materyali ulaştıran kişi, Patoloji Bilgi İşlem Görevlisi, Laborant; Sitoteknolog, Patoloji asistanı, Patolog, Patoloji Öğretim Üyesi; Hasta

4. Uygulamalar

4.1. Gönderilme Koşulları

Materyal gönderilirken mutlaka “**Materyal Gönderme Formu**” doldurulmalı ve materyalle birlikte gönderilmelidir.

4.2. Materyalde yer alan tüm anatomik oluşumlar ve işaretlemeler belirtilmelidir.

4.2.1. Malign tümör olgularında ayrıca lenf diseksiyonu yapıldı ise ayrı bir materyal taşıma kutusunda gönderilmelidir.

4.2.2. Tüm dokular (aksi yönde ortak bir protokol oluşturulmadı ise) kesilmeden bütün olarak gönderilmelidir (Materyalin kesilmesi, bir kısmının başka bir patoloji merkezine gönderilmesi tanı yanlışlığı veya eksikliğine neden olabilir ve bu yasal sorumluluk doğurabilir).

4.2.3. Oryantasyon sağlanması gereken materyallerde, ilgili yerler (uzun-kısa, farklı renkte vb) sütün ile işaretlenmeli ve neyi/nereyi gösterdiği belirtilmelidir.

4.2.4. Standart dışı alınan örnekler varsa, ne oldukları ve alınma nedeni mutlaka belirtilmelidir.

4.2.5. Materyalde standart dışı cerrahi sınır gibi değerlendirilmesi istenen bir bölge-oluşum varsa, materyal üzerinde işaretlenmeli, formda bu belirtilmeli, alınma nedeni mutlaka bildirilmeli, gereken durumlarda sözel olarak patolog uyarılmalıdır.

4.2.6. Klinisyen tarafından, çıkarılan doku ve üzerindeki lezyonları, yukarıda sayılan tüm işaretlemeleri göstermek üzere çizilecek bir kroki veya haritalandırma eklenmelidir.

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN:	ONAYLAYAN:
.....SÜRECİ SORUMLUSU	HASTANE KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE DİREKTÖRÜ



PATOLOJİ LABORATUVARI STANDART UYGULAMA REHBERİ



Doküman No:OE-PAT-PR-001/RB-001
İlk Yayın Tarihi :
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 2 / 7

4.2.7. İmprint yapılacaktır;

4.2.7.1. Her biyopsi için 4-6 adet imprint preparat hazırlanır.

4.2.7.2. Biyopsinin üzerine konularak gönderildiği lam da tespit solüsyonuna konmadan "tespitsiz" olarak saklanır.

4.2.7.3. İmprint preparatlardan ikisi kurutulmadan henüz nemli iken saf etil alkolde tespit edilir (15 dakika-1 saat). Bu preparatların Hematoksilen&Eozin ile boyanması için üzerine "E" yazılır.

4.3. Materyal Taşıma Kutusu

4.3.1. Materyal uygun bir taşıma kutusu içine koyulmalıdır.

4.3.2. Materyal taşıma kutusunun ağzı derhal kapatılmalı, örneklerin hava ile temas ederek kuruması engellenmelidir.

4.3.3. Bu kutu, sıvı sızdırmaz özellikte ve dokunun en az 10 katı hacme sahip olmalıdır.

4.3.4. Materyal taşıma kutusunun ağzı, dokudan daha büyük olmalı, doku bulunduğu kaptan rahat çıkartılabilmelidir. (Ağzı küçük taşıma kutularından dokular çıkartılırken parçalanabilmektedir).

4.3.5. Materyal taşıma kutusu üzerinde hasta kimliğinin, doku kimliğinin ya/ya da numaralandırılmasının açık ve silinmez şekilde yazıldığı bir etiket olmalıdır.

4.3.6. Bu tür hasta/doku/anatomik lokalizasyon kimliği tanımlayıcı etiketler, taşıma kutusu üzerinden kolayca ayrılmayacak türden olmalıdır, kullanılan kalem dayanıklı olmalıdır. (Islanma vb. nedenlerle yazının silinmesine neden olan türden olmamalıdır)

4.4. Materyalin Fiksasyonu

4.4.1. Taze gönderilecek materyal

4.4.1.1. "Frozen section" yapılacak materyal

4.4.1.2. İmprint yapılacak materyal

4.4.1.3. Materyal dondurulacak ise fiksasyona koyulmadan taze olarak dondurulmalıdır.

4.4.1.4. Taze çalışılacak gelen materyal kısa bir süre içinde laboratuara ulaştırılacak bile olsa mutlaka kurumasına imkan vermeyecek bir ortamda gönderilmelidir. En önemli hatalardan biri dokunun gazlı bez içine sarılarak gönderilmesidir. Mecbur kalınırsa dokunun sarıldığı gazlı bez mutlaka serum fizyolojik ile önceden ıslatılmış olmalıdır.

4.4.2. Sitolojik Materyal

4.3.2.1. Sitolojik tetkik amacıyla gönderilen materyalin, kuruma artefaktı olmaması için işlem yapıldıktan hemen sonra hiç vakit kaybetmeden %96'lık alkol içine konulması çok önemlidir. Aksi halde oluşan kuruma artefaktı incelemeyen sorumlu kişileri yanıltabilir.

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN:	ONAYLAYAN:
.....SÜRECİ SORUMLUSU	HASTANE KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE DİREKTÖRÜ



PATOLOJİ LABORATUVARI STANDART UYGULAMA REHBERİ



Doküman No:OE-PAT-PR-001/RB-001
İlk Yayın Tarihi :
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 3 / 7

4.3.2.2. Giemsa için ayrılmış lamalar herhangi bir fiksatife koyulmadan havada kurutulur.

4.3.3. Serum fizyolojik içinde gönderilecek materyal

4.3.3.1. İmmünfloresan inceleme yapılacak materyal

4.3.3.2. İİAB'lerde materyal yayıldıktan sonra geride kalan kısmı

4.3.3.3. Materyalin içine koyulduğu taşıma kutusuna dokunun 10 katı hacminde serum fizyolojik koyulmalıdır.

4.3.4. Formalin Fiksasyonu içinde gönderilecek materyal

4.3.4.1. Dokuların otoliz olmasını önlemek için taze çalışması gerekli materyal dışındaki tüm materyaller mutlaka fiksatif içinde gönderilmelidir.

4.3.4.2. Materyalin içine koyulduğu taşıma kutusuna dokunun 10 katı hacminde %10'luk formalin solüsyonu koyulmalıdır.

4.3.4.3. Formalin solüsyonu oda sıcaklığında olmalıdır.

4.3.4.4. %10'luk formalin solüsyonu her hafta taze olarak hazırlanmalıdır.

4.3.4.5. Fiksatif çözeltisini mutlaka bu konuda eğitim görmüş, güvenilir bir personel hazırlamalıdır.

4.3.4.6. Yeterli kalitede, güvenilir fiksatifin bulunmadığı durumlarda fiksatif Laboratuvarımız tarafından hazırlanarak ilgili bölüme verilecektir.

4.3.4.7. Formalin çözeltisinin bulunmadığı ortamlarda hastanelerde/muayenehanelerde bulunan en kolay fiksatif alkoldür. Ancak yüksek dereceli ya da absöü alkoller ve kolonya hücrelerde büzölme artefaktına, dokularda kurumaya ve sertleşmeye yol açarak morfolojiye zarar verir. %10'luk formalin solüsyonu bulunmadığı bir ortamda mecbur kalındığında absöü alkol yerine %70-80'lik alkoller kullanılabilir.

4.3.5. Özel durumların varlığında, patolog ve klinisyen birlikte gönderme koşullarını oluşturur

4.4. Materyal Gönderme Formu

4.4.1. Materyal gönderilirken sorumlu hekim tarafından mutlaka "**Patoloji Laboratuvarı Materyal Gönderme Formu**" eksiksiz doldurulmalı ve materyalle birlikte gönderilmelidir.

4.4.2. "**Materyal Gönderme Formu**"nda aşağıdaki bilgiler mutlaka yer almalıdır:

• Hasta :

- Adı, Soyadı

- Yaşı

- Cinsi

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN:	ONAYLAYAN:
.....SÜRECİ SORUMLUSU	HASTANE KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE DİREKTÖRÜ



PATOLOJİ LABORATUVARI STANDART UYGULAMA REHBERİ



Doküman No:OE-PAT-PR-001/RB-001
İlk Yayın Tarihi :
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 4 / 7

- Protokol numarası
- Materyalin anatomik yerleşimi
- Materyalin alınma şekli-yöntemi- amacı:
 - Tanısal biyopsi
 - Tümör eksizyonu veya tümör bölgesi re-eksizyonu
 - Tedavi amaçlı cerrahi.
- Daha önce aynı bölgede geçirilmiş cerrahi bir işlem bulunup bulunmadığı
- Lezyon yerleşimi
- Lezyonun ne zamandan beri var olduğu
- Varsa operasyon gözlemleri
- Yeterli klinik öykü
- Soy geçmişinde benzer lezyon/hastalık varlığı
- Hastalığı ile ilişkili önceki tanıları
- Tedavi görmüşse ayrıntıları (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi)
- Biyokimyasal bulgular
- Serviko-vajinal smearlerde hastanın son adet tarihi (onkoloji hastaları için gerekli değil)
- Görüntüleme bulguları
- Klinik tanı
- Materyalin alındığı tarih
- Sorumlu uzmanın adı, iletişim telefonu, e-posta adresi, imza ve kaşesi.

4.4.3. "Materyal Gönderme Formu" nda eksiklikler olduğu takdirde patolog/ patoloji asistanı/ patoloji bilgi işlem görevlisi tarafından sorumlu klinisyenle iletişime geçilir ve bilgilerin tamamlanması sağlanır.

4.4.4. Laboratuvarımızca hazırlanmış olan "**Patoloji Laboratuvarı Materyal Gönderme Form**"larına İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nün web sitesinden <http://www.iuonkolojienstitusu.org> ulaşılabilir.

4.5. Materyalin Taşınma Koşulları

4.5.1. Materyal taşıma kutusunun kapağı açılmayacak ve içindeki fiksatif solüsyonu dökülmeyecek, üzerine yazılan bilgiler silinmeyecek şekilde, sitolojik materyale ait lamlar kırılmayacak şekilde taşınmalı ve patoloji laboratuvarına teslim edilmelidir. Bu konuda; taşımayı yapacak kişiler hastaların işlemini yapan doktor veya yardımcıları tarafından uyarılmalıdır.

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN:	ONAYLAYAN:
.....SÜRECİ SORUMLUSU	HASTANE KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE DİREKTÖRÜ



PATOLOJİ LABORATUVARI STANDART UYGULAMA REHBERİ



Doküman No:OE-PAT-PR-001/RB-001
İlk Yayın Tarihi :
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 5 / 7

4.5.2. Birden fazla materyal var ve ayrı taşıma kutularında gönderiliyorsa, her bir materyal taşıma kutusunda hasta kimliği bilgileri ve doku kimliği bilgisi yer almalıdır.

4.6. Materyalin Kabulü Koşulları

4.6.1. Bölüme ulaşan tüm materyal “**Standart Uygulama Rehberi**”ne uygun olup olmadığı denetlendikten sonra kabul edilir.

4.6.2. “**Standart Uygulama Rehberi**”ne uygun gönderilmeyen ancak “**Materyal Red Ölçütleri**” dışında kalan materyal patolog/patoloji asistanı tarafından değerlendirilip çalışmaya uygun olduğu doğrulandıktan sonra kabul edilir.

4.6.3. “**Standart Uygulama Rehberi**”ne uygunsuzluk materyalin çalışılmasını engeller nitelikte ise, materyali gönderen hekimle ve merkezle iletişime geçilir; sorun çözülemezse materyal iade edilir.

4.6.4. Onkoloji Enstitüsü ameliyathanesi ya/ya da kampüs içindeki ameliyathanelerden kısa sürede (en fazla 20 dakika) laboratuara ulaştırılan cerrahi materyal fiksatif içinde olmaksızın kabul edilebilir.

4.6.5. Kampüs dışından kısa sürede (en fazla 20 dakika) laboratuara ulaştırılan cerrahi material fiksatif içinde olmaksızın kabul edilebilir.

4.6.6. Uygun olmayan fiksasyon “**Makroskopi/Mikroskopi Formu**” nda belirtilir ve gerekirse patoloji raporunda bildirilir.

4.6.7. Materyalin alındığı tarih ve saat ile laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ile teslim eden ve kabul edenler kayıt altında tutulur

4.7. Materyal “Kabul” ve” Red “Ölçütleri

4.7.1. Materyal “Kabul” Ölçütleri

4.7.1.1. Tüm materyaller patoloji/sitoloji gönderme formu eksiksiz olarak doldurulmuş ve hasta kimlik bilgileri, bilgisayar numarası etiketlenmiş (ya da barkod) olarak gönderilmelidir.

4.7.1.2. Materyal gönderme formunun hastanın klinik bilgileri ile birlikte tam olarak doldurulmuş olması ve formda sorumlu hekimin iletişim bilgileri ve imzasının bulunması gereklidir.

4.7.1.3. Gönderilen materyaller materyal gönderme formu ile uyumlu olmalıdır. Hasta ismi veya operasyon materyalinin niteliği konusunda uyuşmazlık olmamalıdır.

4.7.1.4. Konsültasyon: Konsültasyon istek belgesi, önceki patoloji rapor ve/veya raporlar, hazır cam preparatlar ve tercihan parafin bloklar gerekmektedir (parafin blokları olmayan olgularda özel boyama ve ek ileri tetkikler yapılamaz).

4.7.2. Materyal “Red” Ölçütleri:

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN:	ONAYLAYAN:
.....SÜRECİ SORUMLUSU	HASTANE KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE DİREKTÖRÜ



PATOLOJİ LABORATUVARI STANDART UYGULAMA REHBERİ



Doküman No:OE-PAT-PR-001/RB-001
İlk Yayın Tarihi :
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 6 / 7

4.7.2.1. Materyal taşıma kutusunun üzerindeki etiketin yanlış olması: Gönderme formundaki hasta adı, soyadı, yaşı veya materyal numaralarından birinin etiket üzerinde farklı olması

4.7.2.2. Materyal taşıma kutusu içinde materyal bulunmaması

4.7.2.3. Materyal taşıma kutusunun var, materyal gönderme formunun olmaması

4.7.2.4. Materyal gönderme formunun var, materyal taşıma kutusunun olmaması

4.7.2.5. İstenilen incelemenin patoloji laboratuvarında çalışılmıyor olması

4.7.2.6. Onarılamayacak kadar çok parçaya ayrılmış cam preparatlar kabul edilmez.

4.8. Materyalin Çalışma Zamanı

Laboratuvarımıza gönderilen tüm materyaller aynı gün içinde fiksasyona alınıp, fiksasyonları tamamlandıktan sonra işleme alınır.

4.9. Rapor Hazırlanma Süresi

4.9.1. Sitolojik materyal için:

Olgular herhangi bir özel işlem beklemiyorsa kayıt edildikleri iş gününü izleyen 3 iş günü içinde rapor hazırlanır.

4.9.2. Patoloji materyali için: Herhangi bir özel laboratuvar işlemi (histokimyasal boya, immunhistokimyasal boya v.b.) ya/ ya da eksik olan radyolojik incelemeler, klinik bilgiler beklenmiyorsa:

4.9.2.1. Sert doku içermeyen materyallerde kayıt edildikleri iş gününü izleyen 5. iş günü içinde rapor hazırlanır.

4.9.2.2. Sert doku içeren materyalde ise dokunun dekalsifikasyon işlemi tamamlanır tamamlanmaz 3 iş günü içinde rapor hazırlanır.

4.10. Hastanın Bilgilendirilmesi ve Onamı

Laboratuvar ulaşan materyalden elde edilen lam ve/veya bloklar ancak hastalardan onam alınırsa bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.

4.10.1. Hasta bilgilendirilir, izin vermesi durumunda hastaya “Patoloji/Sitoloji Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu” imzalatılır.

4.10.2. Onay vermeyen kişilerin materyali bilimsel çalışmalarda kullanılmaz.

4.11. Standart Uygulama Rehberine Erişim

“Standart Uygulama Rehberi” ne İÜOE web sitesinden (<http://onkoloji.istanbul.edu.tr>) ulaşılabilir.

5. Referans Dokümanlar

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN:	ONAYLAYAN:
.....SÜRECİ SORUMLUSU	HASTANE KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE DİREKTÖRÜ



PATOLOJİ LABORATUVARI STANDART UYGULAMA REHBERİ



Doküman No:OE-PAT-PR-001/RB-001
İlk Yayın Tarihi :
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :7 / 7

- 5.1. Doğan Ö. Standardization in the process of histopathological diagnosis – Histopatolojik tanı sürecinde standardizasyon. Aegean Pathology Journal 2, 8–28 ,2005, www.epd.org.tr/apj.php
- 5.2. Patoloji Dernekleri Federasyonu, Dermatopatoloji Çalışma Grubu Deri Malign Melanomunda Prognostik Faktörleri Değerlendirme Standartları ve Raporlama Kılavuzu http://www.turkpath.org.tr/files/Deri_Malign_Melanomunda_Prognostik_Faktorleri_Degerlendirme_Standartlari_ve_Raporlama_Kilavuzu.pdf
- 5.3. İnce Ü. Hizmet Kalite Standartları. www.turkpath.org.tr/files/EK%201-7,%209-16%20DOSYALARI.pdf
- 5.4. [cytopathology guidelines - IU Health. iuhealth.org/images/uploads/cytopathology.pdf](http://www.iuhealth.org/images/uploads/cytopathology.pdf)

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN:	ONAYLAYAN:
.....SÜRECİ SORUMLUSU	HASTANE KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE DİREKTÖRÜ