

فهرست بخشنامه های مرتبط با سلامت مادران

عنوان	صفحه
-------	------

سال ۱۳۸۸

۱. حق الزحمه مامای عامل زایمان..... ۶
۲. واکسن سرخجه در پیش از بارداری..... ۷
۳. گواهی های معتبر برای کلاسهای آمادگی برای زایمان..... ۸
۴. نحوه تعمیم آموزش و اجرای بیمارستان دوستدار مادر..... ۹

سال ۱۳۸۹

۱. ماما مسئول اتاق زایمان..... ۱۱
۲. الزام به اجرای برنامه بیمارستان دوستدار مادر..... ۱۲
۳. امگا سه در بارداری..... ۱۴
۴. استفاده از پروستا گلاندین پس از زایمان..... ۱۵
۵. استانداردهای بلوک زایمان..... ۱۶
۶. زایمان ایمن..... ۲۵
۷. مامای همراه..... ۲۶
۸. الزام اجرای سطح بندی..... ۲۹
۹. مقیم شدن متخصص زنان..... ۳۵

سال ۱۳۹۰

۱. ملاحظات جفت سرراهی..... ۳۸
۲. الزامات مراقبت از مادر در بلوک زایمان..... ۳۹
۳. پذیرش مادر پرخطر و قطبها..... ۴۰
۴. اعتبار بخشی بلوک زایمان..... ۴۲
۵. اقدامات مربوط به سلامت مادران..... ۴۴
۶. همراه مادر و مامای همراه..... ۴۷
۷. پارتوگراف..... ۴۸
۸. کارانه زایمان برای ماما..... ۴۹

۹. ماما به عنوان مسئول نوزاد..... ۵۰
۱۰. پست ماما مسئول..... ۵۲
۱۱. دوره های آموزشی الزامی برای مسئول بخش زایمان و ماما مسئول اتاق زایمان..... ۵۳
۱۲. احراز پست سوپروایزر و مترون و مدیر خدمات پرستاری در مراکز نک تخصصی زنان توسط ماما..... ۵۴

سال ۱۳۹۱

۱. محتوای آموزشی دوره فوریتهای مامایی..... ۵۵
۲. الزام گذراندن دوره ی فوریتهای مامایی..... ۵۷
۳. سطح بندی خدمات پریناتال..... ۶۰
۴. الزام اجرای برنامه بیمارستان دوستدار مادر..... ۷۳
۵. کتاب راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان به عنوان مرجع قضاوت..... ۷۴
۶. زمان مجاز برای انجام سقط..... ۷۵
۷. پذیرش مادر در اتاق زایمان..... ۷۶
۸. شاخصهای سزارین و مداخلات در بلوک زایمان..... ۷۷
۹. ممنوعیت زایمان طبیعی و سزارین در مراکز جراحی محدود..... ۷۹
۱۰. شیوه نامه استاد معین..... ۸۰
۱۱. کتاب راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان به عنوان مرجع علمی کشور..... ۸۲
۱۲. شیوه نامه ارتقای حضور متخصص زنان و زایمان (مقیم)..... ۸۳

سال ۱۳۹۲

۱. غربالگری سلامت جنین..... ۸۵
۲. غربالگری دیابت در بارداری..... ۹۵
۳. متخصصین ذیصلاح برای انجام سونوگرافی NT..... ۹۸
۴. تحویل تصویر پرونده مراقبت بارداری به مادر..... ۹۹
۵. تعرفه زایمان در تسهیلات زایمانی..... ۱۰۰
۶. استاندارد بخش پس از زایمان..... ۱۰۱

مقدمه

امروزه مشارکت زنان در فعالیتهای مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی حاکی از حضور آنان در فرآیند توسعه است.

این نیروی مولد یک سوم نیروی رسمی کار دنیا را تشکیل می دهد و تامین و حفظ سلامت و کاهش مرگ و میر آنان نوعی سرمایه گذاری در جامعه محسوب می شود. مرگ مادران جزو مرگهای غیر قابل قبول محسوب می شود چرا که بسیار از علل مرگ و میر اشاره شده قابل پیشگیری است و در جهان امروز امکانات لازم برای جلوگیری از آنها و داشتن یک حاملگی و زایمان بی خطر وجود دارد. به همین منظور کشورها در قالب اهداف توسعه هزاره MDG متعهد شده اند که مرگ مادر را از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ به میزان ۷۵ درصد کاهش دهند. این هدف از تعهدات ملی و بین المللی کشور محسوب می گردد.

بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به مادران از مهمترین اقداماتی است که می تواند در پیشگیری از مرگ و میر و عوارض بارداری و رضایتمندی مادران موثر باشد. بدین منظور اقدامات متعددی انجام شده است تا از ناهمسانی خدمات ارائه شده به بیماران کاسته شود. هم چنین برخورد مناسب و خطاهای پزشکی به عنوان یک اصل مهم مورد توجه قرار گرفته است تا بدین طریق مراقبت های نامناسب، ضعیف و غیر اثربخش از بین بروند.

امروزه نظام های ارائه خدمات در کشورهای توسعه یافته بدون وجود راهنماهای بالینی تدوین شده توسط مراجع علمی و مورد تأیید سازمان هایی که بر سلامت حاکمیت دارند، امکان نظارت و تنظیم بازار سلامت در بخش های بالینی را ندارد به گونه ای که نظام های کنترل و بهبود کیفیت ارائه خدمات مبتنی بر استانداردهای ارائه شده در راهنماهای بالینی رسمی را مرجع تأیید یا رد کیفیتی خدمات می دانند. به عبارتی برخورداری از راهنماهای بالینی یکی از اصول تضمین کیفیت خدمات بالینی است. بر این اساس راهنمای بالینی خدمات مامایی و زایمان تدوین گردیده و به عنوان مرجع علمی کشور و مرجع قضاوت به دانشگاههای علوم پزشکی ابلاغ شده است.

مجموعه حاضر محتوی بخشنامه ها و برخی دستورالعمل هایی است که توسط وزارت بهداشت به دانشگاههای علوم پزشکی کشور ابلاغ شده است امید است اطلاع و بکارگیری مفاد آنها زمینه ارائه خدمات بهینه به مادران را فراهم نماید و در جهت سلامت جامعه مثمر ثمر واقع شود.

اطلاعات برنامه ها و بخشنامه های جدید و راهنمای بالینی خدمات مامائی و زایمان در سایت www.behdasht.gov.ir در قسمت اداره سلامت مادران موجود است برای کسب اطلاعات بیشتر

به سایت مراجعه فرمائید.

برنامه کشوری سلامت مادران

رسالت اداره سلامت مادران: این اداره متولی کاهش بار بیماری های ناشی از حاملگی، زایمان و پس از زایمان در مادر (تا ۶ هفته پس از زایمان)، جنین و نوزاد (تا ۶ ساعت اول پس از زایمان) در راستای تعهدات ملی و بین المللی و با توجه به ارزش های سازمانی است.

گروه هدف: گروه های هدف این اداره زنان خواهان بارداری، زنان باردار، زنان در حین زایمان و تا ۴۲ روز بعد از زایمان و نوزادان تا ۶ ساعت اول پس از تولد و خانواده های آنان هستند.

چشم انداز اداره سلامت مادران: تمام مادران، با هر وضعیتی از سلامتی و بیماری، در هر زمانی از بارداری، حین زایمان و پس از زایمان (تا شش هفته) به مراکز ارائه دهنده خدمات در هر کجای نظام شبکه اعم از بخش دولتی یا خصوصی مراجعه و خدمات اثر بخش و کارآمد دریافت کنند. به نحوی که پس از طی این دوره دچار مرگ و عوارض غیر قابل درمان نشده و در صورت ابتلا به هر مشکلی درمان مناسب و موثر دریافت کرده باشند، و گذر از این دوران خاطره ای خوش برای آنها به جا گذاشته باشد.

وظایف اداره سلامت مادران: این اداره مسؤل طراحی، استقرار، حمایت، نظارت، ارزشیابی و اصلاح برنامه کشوری سلامت مادران است

هدف کلی: کاهش مرگ و عوارض ناشی از بارداری و زایمان در مادر تا ۶ هفته پس از زایمان و کاهش مرگ پری ناتال در جنین و نوزاد پراساس اهداف توسعه هزاره (Millennium Development Goals) این شاخص تا سال ۱۳۹۴ باید به ۱۸ تا ۲۲ در ۱۰۰ هزار موالید زنده برسد.

هدف های اختصاصی:

۱. افزایش پوشش مراقبت های دوران بارداری (حداقل ۶ بار) به میزان بیش از ۹۸ درصد تا سال ۱۳۹۴
۲. افزایش پوشش مراقبت های پس از زایمان (حداقل ۲ بار) به میزان بیش از ۹۸ درصد تا سال ۱۳۹۴
۳. افزایش پوشش زایمان بی درد دارویی و غیر دارویی به میزان ۵۰ درصد زایمان های طبیعی تا سال ۱۳۹۴
۴. افزایش پوشش زایمان ایمن به میزان بیش از ۹۹ درصد تا سال ۱۳۹۴
۵. کاهش میزان سزارین به میزان ۲۵ درصد تا سال ۱۳۹۴

استراتژی های برنامه کشوری مراقبت از مادران:

۱. به روز رساندن و اصلاح اجزای برنامه کشوری سلامت مادران
۲. تضمین و بهبود کیفیت مراقبت های روتین بارداری، زایمان و پس از زایمان در کلیه سطوح
۳. بهبود دسترسی به مراقبت های روتین بارداری، زایمان و پس از زایمان در کلیه سطوح

۴. تضمین و بهبود کیفیت خدمات فوریت های مامایی (essential obstetric care) به خصوص در بیمارستان ها و مراکز زایمانی

۵. بهبود دسترسی به خدمات فوریت های مامایی (essential obstetric care) به خصوص در بیمارستان ها و مراکز زایمانی

۶. ترویج زایمان طبیعی ایمن و کم درد

۷. افزایش آگاهی عمومی در زمینه های مرتبط با سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و پس از آن و اقدامات مورد انتظار از خانواده ها و ایجاد تقاضاهای منطقی در آنان

۸. هماهنگی و همکاری های بین بخشی و درون بخشی

مدل کلی برنامه: وضعیت همه خانم هایی که با شک به بارداری به خانه بهداشت مراجعه می کند بر اساس مدل کلی برنامه سلامت مادران (مدل زیر) بررسی می شود. چنانچه باردار بودن مادر ثابت نشود، برحسب مورد، برای بررسی پزشکی، مشاوره تنظیم خانواده و مراقبت پیش از بارداری معرفی می شود. اگر باردار بودن مادر ثابت شود، طبق مجموعه های استاندارد، ارزیابی شده و در صورت به خطر افتادن بارداری، مراقبت ویژه را دریافت می کند. در روند ارائه خدمات ممکن است بارداری به دلایلی مانند سقط، مول و حاملگی نابجا خاتمه پیدا کند که در این صورت ضمن دریافت مراقبت های مورد نیاز به برنامه تنظیم خانواده معرفی می شود. در صورت ادامه بارداری، مراقبت ها تا انجام زایمان ایمن و دوره نقاهت پس از زایمان ادامه می یابد. در صورتی که مرگ مادر در هر مقطعی اتفاق افتد، بررسی مرگ براساس نظام کشوری مراقبت مرگ مادری پیگیری می شود.

برای تحقق مدل فوق و در راستای دستیابی به اهداف و اجرای استراتژی های تعیین شده، اجزاء برنامه به شرح زیر مشخص شده است:

اجزای برنامه سلامت مادران کشور

I. نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

II. مراقبت های ادغام یافته مادری ایمن «خدمات خارج بیمارستانی»

III. بیمارستان های دوستدار مادر «خدمات بیمارستانی»

IV. بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دورافتاده

شماره ۱۰۱۹۲۴
 تاریخ ۱۳۸۸
 پست

ریاست / سوپرست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

همانگونه که مستحضر می باشید کاهش میزان مرگ و میر مادران یکی از اهداف توسعه هزاره می باشد و تحقق این امر به عوامل متعددی بستگی دارد، ارتقای کیفیت آموزشهای قبل از بارداری، کاهش بارداریهای ناخواسته، مراقبتهای دوران بارداری، برگزاری کلاسهای آمادگی برای زایمان، توسعه زایمانهای ایمن و فیزیولوژیک و محدود نمودن سزارین از جمله مواردی است که بسیار تعیین کننده می باشد که در این میان نقش کارشناسان مامایی از اهمیت ویژه ای برخوردار میباشد.

لذا پیرو بخشنامه شماره ۸۲۸۰۵ مورخ ۸۲/۶/۱۰ در خصوص مفاد طرح نظام نوین بیمارستانها با توجه به موارد فوق، جهت ترغیب و تشویق کارکنان مذکور و افزایش زایمانهای ایمن، مراتب ذیل را جهت اطلاع و دستور اقدام لازم طبق ضوابط اعلام می دارد:

۱- زایمانهای طبیعی که توسط ماما با مسئولیت مشترک ماما و پزشک متخصص انجام میگردد سهم ماما و پزشک به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱-۱- سهم مامای انجام دهنده زایمان طبیعی معادل ۱۵٪ تعرفه مربوطه

۱-۲- سهم پزشک متخصص زنان معادل ۲۰٪ تعرفه مربوطه

تبصره: تغییر درصد سهم پزشک متخصص زنان بر اساس شرایط منطقه ای بر عهده هیئت عالی نظارت بر طرح نظام نوین اداره بیمارستان های آن دانشگاه می باشد.

۲- در آن گروه از بیمارستانها که فاقد پزشک متخصص زنان و زایمان شاغل می باشند و زایمانها راساً توسط ماما انجام می گردد در صد سهم ماما بر مبنای ۴۰٪ تعرفه زایمان طبیعی توسط ماما (ok) محاسبه و قابل پرداخت می باشد.

۳- در ضمن سهم ماماها بر اساس ضوابط تعیین شده قبلی، موضوع سهم کارکنان غیر پزشک بشرح مندرج در دستورالعمل طرح نظام نوین کما فی السابق به قوت خود باقی و قابل پرداخت است. ق. ۲/۳

وزیر بهداشت و درمان
 دکتر سید علی حسینی
 دکتر سید علی حسینی
 دکتر سید علی حسینی
 دکتر سید علی حسینی

رونوشت:

- معاون محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی جهت استحضار و پیگیری

- اداره کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

- مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت

- مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

بایگانی دبیرخانه

پاراف اول:

پاراف دوم:



شماره ۲/۸۹۲۱۵
تاریخ ۱۳۸۸/۸/۲۳
پست

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و امور پزشکی

معاونت سلامت

معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
مرکزی

با سلام و احترام
بازگشت به نامه شماره ۳۳۳۸۶ ص/۲/۸۸ پ مورخ ۸۸/۸/۷، اجتناب از بارداری
به مدت حداقل یک ماه پس از تزریق واکسن سرخجه طبق راهنمای کشوری
ایمن سازی از نظر منابع علمی تخصص زنان و زایمان نیز مورد تأیید است.

دکتر نسوین چنگیزی

رئیس اداره سلامت مادران

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی

معاونت سلامت

بسمه تعالی

شماره ۲/۱۴۱۰۵۷ ب

تاریخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۳

پوست

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (۴۱ دانشگاه)

با سلام

احتراما با توجه به نامه شماره ۲/۱۱۰۵۵۵/س مورخ ۸۸/۹/۲۸ مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان و پیرو نامه شماره ۲/۱۰۱۹۰۳ ب مورخ ۸۸/۹/۱۱ این دفتر به استحضار می رساند، مراکز مورد تائید وزارت متبوع برای برگزاری و صدور گواهی دوره های آموزشی ۶۰ ساعته آمادگی برای زایمان، به شرح زیر تکمیل و اعلام می گردد:

۱. معاونت سلامت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت متبوع
۲. معاونتهای درمان دانشگاههای علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی، ایران، اصفهان، خراسان رضوی، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، فارس
۳. جهاد دانشگاهی دانشگاه تهران با توجه به پروتکل های اعلام شده از سوی اداره سلامت مادران
۴. انجمن علمی مامایی ایران با توجه به پروتکل های اعلام شده از سوی اداره سلامت مادران
۵. جمعیت های مامایی استانهای تهران، اصفهان، خراسان رضوی، کرمانشاه، در صورت هماهنگی و تائیدیه از انجمن علمی مامایی ایران.

لازم به توضیح است چنانچه در مراکز مذکور دوره های ۴۰ ساعته، ۳۰ ساعته و یا ۲۰ ساعته به صورت جداگانه برگزار شده است با رعایت کوریکولوم آموزشی در صورتیکه مجموع گواهی های اخذ شده ۶۰ ساعت باشد، (میزان ساعتهای دروس تئوری، عملی یا بالینی طبق نامه شماره ۲/۶۲۷۱۱ ب س مورخ ۸۷/۱۰/۲۲) گواهی های صادره مورد تائید می باشد. صورتیکه دانشگاههایی به غیر از دانشگاههای فوق اقدام به برگزاری دوره های آموزشی نموده اند می توانند با ارائه برنامه آموزشی و هماهنگی با دانشگاه سرگروه مطابق مقررات، اقدام به دریافت گواهی از دانشگاه سرگروه نمایند.

دکتر محمد رضا مجدی
مدیرکل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

معاونت سلامت

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

(۸ دانشگاه)

تهران، شهید بهشتی، ایران، اصفهان، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، خراسان رضوی، فارس

با سلام

احتراما در راستای برنامه بیمارستان دوستدار مادر با توجه به ملزم بودن دانشگاهها مبنی بر اجرای این برنامه در حداقل یک بیمارستان دولتی تا پایان سال ۸۸ و تعمیم آن تا پایان سال ۱۳۹۲ در کلیه بیمارستانها، لازم است به منظور ارتقای کیفیت خدمات مامایی مراحل زیر به ترتیب اجرا گردد:

۱. بیمارستان دوستدار مادر با هماهنگی معاون درمان دانشگاه ریاست، مدیریت، مدیر گروه زنان و زایمان و ماما مسئول بیمارستان انتخاب گردد.

۲. تشکیل هسته آموزشی در هر دانشگاه متشکل از: ۱ نفر مامای شاغل در امور درمان، ۲ نفر از ماماهاى عضو هیئت علمی، ۳ نفر از ماماهاى شاغل در بیمارستانی که به عنوان بیمارستان دوستدار مادر انتخاب شده است. (چنانچه هسته آموزشی دانشگاه آموزشهای لازم را دریافت ننموده اند می بایست با هماهنگی دانشگاه سر گروه خود به این امر اقدام نمایند.) شرح وظایف هر یک از گروهها در نامه شماره ۲/۶۲۷۱۱ ب س مورخ ۸۷/۱۰/۲۲ به دانشگاهها ارسال شده است.

۳. برگزاری کلاسهای آمادگی زایمان برای مادران در بیمارستان توسط ۳ نفر مامای شاغل در بیمارستان (مامای عضو هسته آموزشی یا دارای گواهی ۶۰ ساعته مورد تأیید وزارت بهداشت) انجام پذیرد.

۴. زایمان فیزیولوژیک با همکاری ماماهاى شاغل آموزش دیده و مدیر گروه زنان و زایمان بیمارستان انجام گردد. با عنایت به اینکه مدیران گروه زنان و زایمان و مدیران گروه مامایی آموزشهای لازم را در این خصوص دریافت داشته اند برای آموزش زایمان فیزیولوژیک به کلیه دستیاران، متخصصین زنان، زایمان و ماماهاى شاغل در بیمارستان می بایست نسبت به برگزاری سمینار ۱۲ یا ۱۸ ساعته با همکاری هسته آموزشی اقدام نمایند. برای برگزاری دوره فوق نیازی به هماهنگی با دانشگاههای سر گروه نمی باشد و می توان از طریق دانشکده یا دانشگاه برنامه ای تحت عنوان آموزش مداوم برگزار نمود.

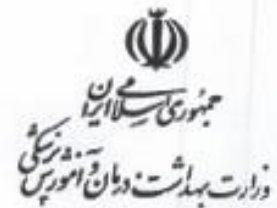
۵. پس از برقراری مستمر کلاسهای آمادگی برای زایمان و انجام زایمان فیزیولوژیک در یک بیمارستان دولتی، دانشگاه می تواند نسبت به تعمیم برنامه به دیگر بیمارستانها اقدام نماید. از آنجا که حفظ کیفیت آموزشهای ارائه شده در شروع اجرای برنامه از نکات بسیار مهم در تعمیم آن می باشد، لازم به ذکر است که تنها گواهی های آموزشی اعلام شده از سوی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت متبوع (نامه شماره ۲/۱۴۱۰۵۷ ب مورخ ۸۸/۱۱/۱۳) مورد تأیید می باشند. به این منظور توجه به نکات زیر ضروری است:

شماره ۲/۱۵۶۶۵۵

تاریخ ۱۳۸۸/۲/۳۰

پست

بسمه تعالی



معاونت سلامت

- a. محتوای آموزشی می بایست بر اساس کوریکولوم آموزشی مورد تأیید وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس) باشد.
- b. مدرسین هیئت علمی دوره های آموزشی فوق می بایست گواهی ۶۰ ساعته مورد تأیید وزارت بهداشت را دارا باشند.
- c. هسته آموزشی دانشگاه سرگروه موظف به بررسی موارد فوق و ارزشیابی کیفی از هسته آموزشی (درخواست طرح درس، حضور در کلاس درس یا ...) دانشگاه زیرگروه می باشد.
- d. پس از تأیید برنامه توسط دانشگاه سرگروه، دانشگاه زیرگروه می تواند اقدام به برگزاری دوره نموده و گواهی شرکت کنندگان را برای امضا به دانشگاه سرگروه ارسال نماید.
- لازم به ذکر است پس از برگزاری چند دوره آموزشی در دانشگاههای زیرگروه و با تأیید دانشگاه سرگروه، صدور گواهی به دانشگاه مربوطه تفویض می گردد.

دکتر محمدرضا مجدی

مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

رونوشت:

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهت اطلاع و اقدام
آذربایجان غربی، ایلام، اردبیل، بابل، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، قزوین، قم، کاشان، کردستان، کرمان،
کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گلستان، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، خوزستان، رفسنجان، زابل، زنجان، سبزوار،
سمنان، سیستان و بلوچستان، شاهرود، گناباد، گیلان، لرستان، مازندران، مرکزی، هرمزگان، همدان، یزد.

جناب آقای دکتر حسنی

معاون محترم توسعه مدیریت و منابع

موضوع: ایجاد پست ماما مسئول

سلام علیکم

احتراما ضمن ارسال نامه شماره ۳۰۱۴/۵/الف مورخ ۲۰/۷/۷۶ و صورتجلسه شماره ۱۵۴۳۷۷/ک مبنی بر بررسی مشکلات مامایی با حضور مقام محترم وزارت و دستور ایشان در هامش صورتجلسه، خواهشمند است دستور فرمائید جهت اجرائی شدن بند ۳ این صورتجلسه (لزوم احراز ردیف ماما مسئول توسط مامای کارشناس وبالاتر در مراکز دارای اتاق زایمان) توسط دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور اقدام لازم معمول گردد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان
دراست

رونوشت:

جناب آقای دکتر فتحی مشاور معاونت و رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

سرکار خانم زعفرانی مشاور وزیر در امور مامایی

کلیه معاونین محترم درمان دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام

لحتراما همانگونه که مستحضرید برنامه ترویج زایمان طبیعی و بیمارستانهای دوستدار مادر یکی از برنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و بهبود شرایط زایمانی می باشد. در این راستا از سال ۱۳۸۶ توسط اداره سلامت مادران اقداماتی نظیر تدوین راهنماهای بالینی، برگزاری دوره های آموزشی برای متخصصین زنان و زایمان و ماماها، تشکیل هسته آموزشی و ارسال اعتبار به دانشگاهها برای خرید تجهیزات پیشرفته زایمانی صورت گرفته است. لازم به ذکر است با توجه به نامه شماره ۲/۶۲۷۱۱ ب س معاونت سلامت وقت مورخ ۸۷/۱۰/۲۲ و نامه شماره ۲/۱۵۶۶۵۵ ب مورخ ۸۸/۱۲/۱۰ مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس حداقل یک بیمارستان دولتی تا پایان سال ۱۳۸۸ و تمام بیمارستانهای تحت پوشش (اعم از دولتی و غیر دولتی) تا پایان سال ۱۳۹۲ ملزم به رعایت ده اقدام دوستدار مادر شده اند. خواهشمند است اسامی بیمارستانهای (بخش دولتی و غیر دولتی) تحت پوشش آن دانشگاه را که در حال اجرای برنامه می باشند، به دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اعلام فرمائید تا برای بازدید هماهنگی های لازم صورت گیرد. شرایط دریافت لوح بیمارستان دوستدار مادر عبارتند از:

۱. رعایت اقدامات ده گانه بیمارستان دوستدار مادر برای تمامی مراجعه کنندگان (مادران پرخطر و کم خطر) (تصویر پیوست)
۲. تدوین برنامه عملیاتی سالیانه یا تاکید بر هدف گذاری کمی برای بهبود شاخصها
۳. استمرار برنامه و تغییر در شاخصهایی نظیر میزان مداخلات طبی غیر ضروری (ایپی زیاتومی، القای زایمان، تقویت بردهای زایمان) و کاهش میزان سزارین

لازم به ذکر است دریافت لوح منکور در نظارت و اعتبار بخشی بیمارستانها منظور شده است و بخش زنان و زایمان بیمارستانها همانند بخش اورژانس پیش و ارزشیابی می گردد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اقدامات ده گانه بیمارستانهای دوستدار مادر

(بخشهای زنان و زایمان)


۱. ارائه مراقبتهای معمول دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بر اساس پروتکل های وزارت بهداشت و شواهد علمی موجود در کتب معتبر
۲. ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی مامایی برای مادران در هنگام زایمان، ارتباط با سطوح بالاتر و پایین تر بیمارستانی و سطوح خارج بیمارستانی
۳. امکان ارائه خدمات مراقبتی و پاراکلینیکی در فوریت های مامایی و زایمان مانند تزریق خون، آزمایش های تخصصی، حضور متخصص کودکان در زایمان های پر خطر
۴. آموزش به کارکنان در مورد روش های زایمان بی درد دارویی و کاهش درد غیر دارویی
۵. ارائه آموزش های آمادگی برای زایمان به مادران و همراهان با تاکید بر افزایش آگاهی و استفاده از تکنیک های تنفس بتن آرامی، تمرینات اسکلتی و عضلانی
۶. رایبه خدمات با توجه به باورها و ارزش های مذهبی مادر و رعایت حریم خصوصی مادر
۷. خودداری از اعمالی که به صورت روتین کاربردی ندارد مانند: ناشتا بودن مادر، رگ گرفتن، شیو، انما، محدود کردن حرکت مادر در لیبر، انجام زایمان به روش لیپتاتومی، القای زایمان (اینداکشن)، تقویت دردهای زایمان (استیمولیشن)، اهی زیاتومی
۸. انجام زایمان فیزیولوژیک و ارائه روشهای دارویی و غیر دارویی کاهش درد زایمان
۹. امکان وجود همراه آموزش دیده بر کنار مادر در هنگام لیبر و زایمان
۱۰. پیاده سازی ۱۰ اقدام بیمارستان های دوستدار کودک مطابق با دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

شماره ۲۱۹۵۰۶۷ ب
تاریخ ۱۳۸۹/۵/۱۹
پوست

بسمه تعالی


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت

معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

پیرو اطلاعات واصله درباره تجویز روتین داروی امگا ۳ به مادران در دوران بارداری توسط پزشکان در بخش خصوصی، به اطلاع می‌رساند تجویز روتین آن در دوران بارداری توصیه نمی‌شود. برای اثرات مثبت امگا ۳ در رشد مغز جنین، بهتر است مصرف مواد غذایی حاوی این ماده به مادران باردار توصیه شود.

دکتر مریم خوشیده

رئیس اداره سلامت مادران

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراما با توجه به چند مورد گزارش مرگ مادر به دنبال تجویز و یا استفاده اشتباه از پروستاگلاندین E2 (در درمان خونریزی پس از زایمان یا شوک هیپوولمیک) طبق نظر کمیته کشوری سلامت مادران و منابع علمی جهت پیشگیری از بروز مرگهای مشابه موارد زیر را به اطلاع می رساند:

- استفاده از پروستاگلاندین E2 (با نامهای دیگر Dinoprostون یا Cervidil) به جای تنگ کردن عروق و کنترل خونریزی باعث افت بیشتر فشار خون به دنبال گشاد شدن عروق می گردد و در مواردی که خونریزی شدید واژینال یا رحمی و یا تغییرات همودینامیک وجود دارد نباید از آن استفاده شود.
- با توجه به اینکه پروستاگلاندین E1 (با نامهای دیگر Misoprostol یا Cytotec) تقریبا فاقد عارضه سیستمیک شناخته شده و جدی می باشد باید در اتاقهای زایمان و اتاقهای عمل که سزارین در آن انجام می شود موجود بوده تا در مواقع لزوم و طبق دستورالعمل برای درمان اینرسی شدید استفاده شود.
- در صورت نیاز به پروستاگلاندین در درمان اینرسی رحم و عدم وجود پروستاگلاندین E1، از پروستاگلاندین F2 α (با نام دیگر Carboprost trometamine) استفاده شود.
- در صورت تجویز پروستاگلاندین توسط متخصصین محترم، حتما باید نوع، مقدار و نحوه مصرف آن مشخص گردد.
- هنگام استفاده از آمپول و یا سایر اشکال پروستاگلاندین به دقت برچسب روی دارو مطالعه شده و با دستور پزشک مطابقت داده شود.
- آمپول پروستاگلاندین E2 از لیست داروهای موجود در اتاق عمل حذف گردد.
- آمپول پروستاگلاندین E2 در اتاقهای زایمان و سایر بخشها فقط طبق اندیکاسیون تجویز و استفاده گردد.

خواهشمند است دستور فرمایید بخشنامه فوق به کلیه مراکز و واحدهای درمانی که خدمات مامایی و زایمان را ارائه می نمایند ارسال گردیده و نحوه اجرای مفاد آن در نظارتها مورد بازدید قرار گیرد.

دکتر محمدهاسماعیل مطلق
مدیرکل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

شماره ۱۵۸۷/۰۰:۰۴...
تاریخ ۱۳۸۹/۰۹/۲۱...
پست دارید.....

بسمه تعالی



معاونت بهداشت

معاونت درمان

دانشگاه معاونت های درمان کلیه دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

پیرو جلسات متعدد کارشناسی و به منظور اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال در بیمارستان های کشور، استاندارد های بلوک زایمان از نظر فضا، تجهیزات و نیروی انسانی و همچنین اندیکاسیون های مراقبت از مادران در زمان بارداری، زایمان و پس از زایمان بر اساس سطوح تعیین شده خدمت (۱، ۲ و ۳) تدوین شده است که در پورتال وزارت بهداشت به آدرس دفتر سلامت خانواده، اداره سلامت مادران، ستون لیستها آورده شده است. مقتضی است با توجه به استاندارد ها، اقدامات لازم انجام و پیشرفت برنامه به دفتر مذکور اعلام گردد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

استاندارد بخش لیبر و زایمان

طبق استانداردهای جهانی بیمارستانها می توانند از سه سیستم برای کنترل سیر لیبر، زایمان و پس از زایمان استفاده کنند:

۱. **سیستم LDRP:** سیستمی است که فرآیند لیبر، زایمان و پس از زایمان در یک اتاق با یک تخت و برای یک مادر انجام می شود. تخت این اتاق قابل تبدیل به وضعیتهای مختلف و برانکاره می باشد. مادر می بایست تا زمان ترخیص در همین اتاق کنترل گردد.
۲. **سیستم LDR:** سیستمی است که فرآیند لیبر، زایمان و دو ساعت پس از زایمان در یک اتاق با یک تخت و برای یک مادر انجام می شود. تخت این اتاق قابل تبدیل به وضعیتهای مناسب برای لیبر و زایمان می باشد. مادر از دو ساعت پس از زایمان تا زمان ترخیص به بخش منتقل می گردد.
۳. **سیستم سنتی:** سیستمی که فرآیند لیبر، زایمان و دو ساعت پس از زایمان و پس از زایمان تا ترخیص در اتاقهای جداگانه انجام می شود.

ارجحیت با سیستم دوم است و استفاده از این سیستم امتیاز ویژه ای برای بیمارستان دارد.

تسهیلاتی که باید در بلوک زایمان در سیستم سنتی موجود باشد:

- ایستگاه پرستاری
- اتاق کنفرانس
- محوطه آموزش مادران
- اتاق استراحت و تعویض لباس پرسنل
- اتاق درمان (treatment room)
- انبار بخش
- اتاق نگهداری وسایل تمیز
- اتاق نگهداری وسایل کثیف
- محوطه وسایل شستشو اتاق ها
- محوطه ای برای تعویض لباس بیمار
- سرویس بهداشتی مجزا برای پرسنل و بیماران
- فضای مناسب برای برانکاره و ویلچر
- اتاق ایزوله
- اتاق پره اکلامپسی
- اتاق جداسازی بیماران اعصاب و روان
- تجهیزات استریلیزاسیون (فور)

- جعبه نمایش X-Ray

- یخچال دارو

تسهیلاتی که باید در بلوک زایمان در سیستم LDR یا LDRP موجود باشد:

- ایستگاه پرستاری

- اتاق کنفرانس

- محوطه آموزش مادران

- اتاق استراحت و تعویض لباس پرسنل

- اتاق درمان (treatment room)

- انبار بخش

- محوطه وسایل شستشو اتاق ها

- سرویس بهداشتی مجزا برای پرسنل و بیماران

- فضای مناسب برای برانکاردر و ویلچر

- راه خروجی برای دفع البسه و زباله های بخش (شوتینگ)

- دستگاه سونوگرافی پورتابل

- تجهیزات استریلیزاسیون (فور)

- جعبه نمایش X-Ray

- یخچال دارو

تجهیزاتی که باید در هر یک از قسمت های معاینه، لیبر، زایمان و پس از زایمان موجود باشد:

- ترالی اورژانس استاندارد و تجهیز شده مادر و نوزاد (باید همیشه از سالم و کامل بودن تجهیزات مطمئن بود)

- سیستم سرمایش و گرمایش و تهویه مناسب

- قفسه دارویی (ست سرم و سرم ها و داروهای مورد نیاز، پایه سرم، گان ضد آب، ماسک، دستکش، عینک، چکمه و...)

- یک خروجی اکسیژن و ساکشن مرکزی برای هر مادر و نوزاد به ازای هر تخت

- کپسول آتش نشانی سالم و با تاریخ معتبر

- تخت و چهار پایه کنار تخت

اتاق لیبر

در سیستم سنتی، لیبر فضایی است که زنان باردار به منظور ختم بارداری (در فاز نهفته یا فعال) تا شروع زایمان در آنجا مراقبت می شود. فضای اتاق لیبر باید با کمترین تنش و استرس و محیطی مشابه خانه باشد. بهتر است برای تزئین دیوار ها از تابلو نقاشی

یا پوستره‌های زیبا استفاده شود و امکاناتی برای پخش موسیقی ملایم برای هر فرد جداگانه وجود داشته باشد. چنین فضایی بیشتر خانم باردار را به سوی زایمان فیزیولوژیک سوق می‌دهد.
ارائه دهنده خدمت: ماما و متخصص زنان و زایمان

چه کسانی در اتاق لیبر بستری می‌شود

- زنان به منظور ختم بارداری (در فاز نهفته یا فعال)
- زایمان مادران باردار پرخطر مشکوک به نگلمان
- آماده کردن مادران برای سزارین اورژانس

خصوصیات اتاق های لیبر

اتاق باید فضای کافی برای پرسنل، مادران و تجهیزات داشته باشد.

- متراژ اتاق لیبر حداقل ۹ متر مربع به ازای هر تخت است.
 - تخت‌ها باید با پارتیشن ثابت از هم جدا شوند و فضایی کاملاً خصوصی برای مادر فراهم کنند.
 - به ازای هر ۴ تخت یک سرویس بهداشتی و حداقل یک حمام در لیبر وجود داشته باشد.
- نکته: در صورتی که از اتاق‌های مجزا برای لیبر استفاده می‌شود می‌بایست حداقل متراژ ۱۲ متر مربع در نظر گرفته شود و در هر اتاق یک تخت، یک سرویس بهداشتی و یک حمام و کمد برای نگهداری وسایل موجود باشد.
- اتاق لیبری که برای مراقبت ویژه و مادران پرخطر در نظر گرفته می‌شود، می‌بایست حداقل متراژ آن ۱۴ متر مربع باشد و امکانات آن باید شامل دو خروجی برای ساکشن و دو خروجی برای اکسیژن به ازای هر تخت مانیتور قلب مادر و جنین - پمپ انفوزیون - NST باشد.

- کف و دیوارها تا ارتفاع ۲ متر قابل شستشو باشد.
- چاه و راه آب فاضلاب وجود نداشته باشد.
- از رنگهای روشن برای دیوارها استفاده گردد.
- نور، تهویه، پنجره، سیستم گرمایش و سرمایش شامل مقررات عمومی بیمارستان می‌باشد.

تجهیزات اتاق لیبر

- دستگاه ساکشن پورتابل
- لاکر برای هر تخت برای وسایل شخصی مادر
- تخت بستری با حفاظ و چهار پایه کنار تخت
- یک صندلی راحتی به ازای هر تخت
- روشنایی قابل تنظیم (نور ملایم)
- دستگاه اندازه‌گیری فشارخون

- ترمومتر دهانی برای هر نفر یک عدد
 - تجهیزات سنجش صدای قلب جنین (داهلر، گوشی مامایی، دستگاه مانیتور جنین)
- باید حداقل یک دستگاه مانیتور جنین در هر بلوک باشد. استاندارد تعداد دستگاه مانیتور جنین دو عدد به ازای هر ۱۰۰۰ زایمان در سال است.
- ست سوند گذاری
 - کپسول اکسیژن
 - یک میز یا سطح صاف برای ثبت پرونده پزشکی
 - کمد برای وسایل و تجهیزات
 - پایه سرم
 - توپ تولد
 - وسایل مورد نیاز جهت روش های غیر دارویی کاهش درد (مانند کیسه آبگرم، کیسه یخ، اسانس های معطر مانند رز، اسطوخودوس، یاسمین برای آروماتراپی، روغن ماساژ و ...)

اتاق زایمان

در سیستم سنتی، اتاقی که برای زایمان استفاده می شود، باید نزدیک لیبر باشد. فضایی برای همراه در نظر گرفته شود. در اتاق زایمان کنترل و مراقبت مادر و نوزاد در مرحله دوم، سوم و چهارم زایمان انجام می شود و باید امکان دسترسی در حداکثر ۲۰ دقیقه به اتاق عمل داشته باشد.

خصوصیات اتاق زایمان

- متراژ اتاق زایمان باید ۳۲ متر مربع به ازای هر تخت و حدود ۲/۷ متر ارتفاع داشته باشد.
 - ضروری است حرارت اتاق $28^{\circ}\text{C} - 25^{\circ}\text{C}$ باشد. از دمای پایین تر باید اجتناب شود.
 - تخت های زایمان باید از طریق پارتیشن از هم مجزا و یک فضای خصوصی برای مادر فراهم شود.
- تبصره ۱: می توان اتاقی نزدیک اتاق زایمان با رعایت خلوت مادران برای کنترل و مراقبت مرحله چهارم زایمان (دو ساعت پس از زایمان) با مسئولیت مامای کشیک در نظر گرفت.
- تبصره ۲: مراقبت از نوزادان نیازمند احیا به عهده تیم احیا و مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت است.

تجهیزات اتاق زایمان

- تخت زایمان با قابلیت تغییر در پوزیشن های مختلف یا تخت معمولی زایمان و چهار پایه کنار تخت- صندلی چرخان
- میز ابزار و وسایل
- پک زایمان* (۱ عدد قیچی صاف، قیچی اپی زیاتومی ۱ عدد، پنس هموستات ۲ عدد، ۴ عدد شان، گالی پات یک عدد، رینگ فورسپس یک عدد، گاز و پنبه، گان، دو تا سه حوله تمیز برای خشک کردن و پوشاندن نوزاد)

- ست ترمیم پارگی و اپی زیاتومی (قیچی ساده یک عدد، سوزن گیر یک عدد، پشت با دندان و بی دندان یک عدد، ۴ شان، گان، دستکش استریل)
 - کلامپ بند ناف یک بار مصرف دو عدد و پوار ترجیحاً یک بار مصرف، دستکش، سوزن و نخ کاتکوت کرومیک سه صفر، دو صفر و صفر
 - ست کنترل دهانه رحم (۲ عدد والو، ۲ عدد رینگ فورسپس بلند، سوزن گیر بلند، پشت بلند بی دندان، پنس شستشو، ۴ عدد شان، گان، گالی پات، دستکش، گاز و پنبه استریل)
 - تجهیزات جهت روش های دارویی کاهش درد **
 - اکسیژن و ساکشن پورتال
 - جعبه دفع وسایل تیز و برنده آلوده (safety box)
 - سیستم تماس فوری (اعلام کد)
 - زنگ فراخوان (nurse call)
 - روشنایی قابل تنظیم (نور ملایم)
 - آئینه برای مشاهده سیر زایمان مادر
 - ساعت دیواری با ثانیه شمار
 - دستگاه مانیتور جنین
 - تجهیزات سنجش صدای قلب جنین (دابلر، گوشی مامایی)
 - دستگاه فشارسنج و گوشی
 - ست سوند گذاری
 - واکيوم
 - محل اسکراب (در معرض دید باشد)
- * اندازه ست های زایمان باید ۳۰×۳۰×۵۰ سانتیمتر و وزن هر ست حداکثر ۶ کیلوگرم باشد. پارچه های هر ست دو پارچه دو لایه تافته در مجموع ۴ لایه و مدت زمان استریل باقی ماندن ست های زایمان در این شرایط در فضای بسته یک ماه و در فضای باز سه هفته است. در صورتی که پارچه ها معمولی است، این مدت به دو هفته کاهش می یابد.
- ** تجهیزات مورد نیاز کاهش درد دارویی: دستگاه پالس اکسی متر، دستگاه الکتروکاردیوگرافی، سوزن اپی دورال، کاتتر اپی دورال، سوزن اسپینال، ست مخصوص اسپینال، پمپ انفوزیون، کپسول انتونوکس، حمل کننده چرخ دار، ساکشن، بیهوش کننده تبخیری، ماشین بیهوشی، مانیتورینگ جنین، مانیتورینگ قلبی عروقی مادر، کپسول اکسیژن ۱۰ و ۲۵ لیتری همراه با فشارشکن، دستگاه PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia)
- برای انجام اپیدورال حضور دائم و برای استفاده از انتونوکس یک بار ویزیت متخصص بیهوشی ضروری است.

انجام زایمان طبیعی به روشهای زیر در اتاق زایمان امکان پذیر می باشد:

- زایمان فیزیولوژیک (بدون مداخله)

- زایمان با وسیله (فورسپس و وکیوم)
- زایمان طبیعی با استفاده از روشهای کاهش درد بدون دارو
- زایمان طبیعی با استفاده از روشهای بی درد نارویی مثل استفاده از داروهای سیتیمیک، اپیدورال و انتونوکس

ارائه دهنده خدمت: ماما و متخصص زنان و زایمان

تبصره: متخصص زنان می بایست حداقل یک بار بعد از زایمان مادر را ویزیت نماید. حضور متخصص زنان در زایمانهای پرخطر ضروری است.

سیستم LDR و LDRP

- در این سیستم هر مادر در یک اتاق مجزا مراقبت ها را دریافت می کند. هر اتاق باید یک سرویس بهداشتی و یک حمام داشته باشد. فضای کافی برای تثبیت و احیا نوزاد داشته باشد. متراژ اتاق باید ۲۴ متر مربع و در ابعاد ۴/۸ X ۴/۸ متر باشد به طوری که ۶-۸ نفر بتواند به راحتی در اتاق فعالیت نمایند. تمامی تجهیزات مربوط به لیبر، زایمان، پس از زایمان و احیاء نوزاد یا باید در اتاق موجود باشد و یا در محلی بسیار نزدیک به اتاق باشد. تمامی تجهیزات اتاق لیبر و زایمان در سیستم سنتی در این سیستم نیز باید فراهم باشد و خصوصیات اتاق ها رعایت شود.

بخش زنان و مامایی

فضایی که مراقبت از مادران بستری پر خطر دوران بارداری، مراقبت از مادران پس از سقط، مراقبت از دو ساعت پس از زایمان طبیعی (دو ساعت اول در بلوک زایمان) و سزارین (ساعت اول مراقبت در ریکاوری) تا زمان ترخیص را به عهده دارد.

ارائه دهنده خدمت: متخصص زنان و زایمان، ماما و پرستار

قسمتی از بخش زنان و مامایی به عنوان بخش پس از زایمان محسوب می گردد. فضایی که بستری و مراقبت مادر از دو ساعت پس از زایمان طبیعی تا زمان ترخیص انجام می شود.

حداقل زمان بستری برای زایمان طبیعی ۲۴ ساعت و برای سزارین ۴۸ ساعت می باشد. این اتاق باید فضای کافی (حداقل ۹ متر مربع به ازای هر تخت) برای پذیرش مادر و نوزادش داشته باشد و امکان اقامت همراه فراهم باشد. برای هر اتاق باید یک سینک دستشویی و یک دوش و یک توالت داشته باشد.

تجهیزات اتاق پس از زایمان مانند اتاق ریکاوری است. تجهیزات کنترل علائم حیاتی، ساکشن، اکسیژن و سرم تراپی لازم است. تجهیزات احیاء باید در دسترس سریع باشد.

بهتر است هر اتاق یک پنجره حفاظ دار به فضای بیرون داشته باشد.

تبصره: برای مادرانی که سزارین می شوند می بایست مراقبت یک ساعت اول در ریکاوری اتاق عمل و مراقبت از مادر و نوزاد در ساعت دوم مطابق با دستورالعمل های وزارت بهداشت در بخش زنان و مامایی انجام گیرد.

اتاق معاینه یا اورژانس مامایی

اتاقی برای معاینه مراجعین فوریت‌های مامایی و زایمان جهت بستری شدن یا دیگر اقدامات لازم غیر بستری است. فضای فیزیکی این اتاق باید ۱۲ متر باشد و با حداکثر ۲۰ دقیقه دسترسی به اتاق عمل داشته باشد.

تجهیزات

- تخت معاینه معمولی
- تخت ژنیکولوژی
- میز و صندلی
- دستگاه فشار سنج و گوشی
- تجهیزات سنجش صدای قلب جنین (داهلر، گوشی مامایی)
- ست زایمان
- ترازو مادر و نوزاد
- کاربویوتوکوگرافی CTG

ارائه دهنده خدمت: ماما و متخصص زنان و زایمان

مشخصات اتاق پره اکلامپسی

اگر مادری دچار پره اکلامپسی شدید باشد باید در اتاق پره اکلامپسی یا اتاق مراقبت‌های ویژه بستری شود و مادر لازم است به صورت فعال مانیتور شود.

- ترازوی بزرگسال
- ست سوندگذاری
- دستگاه مانیتور جنینی
- تجهیزات ساکشن و اکسیژن آماده و سالم
- زنگ خطر در دسترس
- ترالی دارویی اورژانس: هیدرالازین و سولفات منیزیم، گلوکونات کلسیم (در داخل اتاق یا در دسترس فوری)
- پک زایمان اورژانس

اتاق باید به پرسنل بخش، داروهای اورژانس و تجهیزات نزدیک باشد. صدا و محرک‌های خارجی به حداقل برسد. نور اتاق کمتر از حد معمول باشد و تخت بیمار لازم است حفاظ کنار داشته باشد.

نسبت پیشنهاد شده تعداد ماما به بیمار برای لیبر و زایمان

شرایط بالینی	نسبت ماما به بیمار
زمانی که بیمار وارد لیبر شده است	۱ به ۲
زمانی که بیمار در مرحله دوم لیبر قرار دارد	۱ به ۱
زمانی که بیمار دچار عوارض طبیی یا مامایی شده است	۱ به ۱
القای لیبر یا تقویت لیبر با اکسی توسین	۱ به ۲
شروع آنالژی اپیدورال	۱ به ۱
در جریان زایمان سزارین	۱ به ۱

برگرفته از ACOG

بر اساس زمان سنجی انجام شده تعداد ۱۰ ماما به ازای هر ۱۰۰۰ زایمان در سال مورد نیاز است. حداقل مامای لازم برای بلوک زایمانی ۱۲ نفر است.

نسبت پیشنهاد شده تعداد ماما به بیمار برای بارداری و پس از زایمان

شرایط بالینی	نسبت ماما به بیمار
زمانی که بیمار در فاز بارداری یا پس از زایمان و بدون مشکل است	۱ به ۶
زمانی که بیمار پس از زایمان و در ریکاوری است	۱ به ۲
زمانی که بیمار در فاز بارداری یا پس از زایمان و با مشکل است	۱ به ۳
نوزادانی که نیازمند بررسی دقیق هستند	۱ به ۴

معاونت بهداشت

معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام
با توجه به وقوع چند مورد مرگ مادر به دنبال زایمان خود بخود در منزل و همچنین انجام سقط غیر ایمن، دو نکته مهم زیر را برای جلب توجه همکاران محترم به اطلاع می‌رساند:

نکته اول: هر مادری که زایمانش در منزل یا بین راه توسط فرد دوره ندیده یا خودبخود و بدون حضور فرد کمک کننده به زایمان انجام شده، اعم از اینکه نتیجه زایمان، تولد نوزاد زنده یا مرده (مرده زایی) است، به منظور اطمینان از باقی نماندن جفت، در اولین زمان ملاقات پس از زایمان، مادر برای انجام سونوگرافی ارجاع شود.

نکته دوم: چنانچه در مادری علائمی مانند درد شکم یا بدون تب، ضعف و بی حالی، فشار خون پایین و لکه بینی مشاهده شد، از او در مورد داشتن سقط غیر ایمن سوال شود و در صورت پاسخ مثبت مادر، احتمال وقوع عوارض سقط غیر ایمن که مهمترین آن خونریزی داخلی ناشی از سوراخ شدن رحم و عفونت است را در نظر گرفته و مادر به متخصص زنان و یا بیمارستان ارجاع فوری شود.

خواهشمند است مراتب فوق به اطلاع همکاران ارایه دهنده خدمات در سطوح محیطی اعم از بهورزان، ماماها، کارکنان بهداشتی و پزشکان رسانده شود.

دکتر مریم خوشیده
رئیس اداره سلامت مادران
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

رئیس / سرپرست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

با سلام و تحیات

پیرو بخشنامه شماره ۲/۵۹۴۲۷/س مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۲ موضوع آیین نامه «مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی» و با توجه به بند «ج» ماده ۴ آیین نامه مذکور، بدینوسیله استانداردها، تعریف و آیین نامه نظارتی «مامای همراه» (DOULA) جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱) استانداردهای «مامای همراه» (DOULA):

الف) «مامای همراه» مامایی است که به عنوان همراه در صورت تمایل و به انتخاب مادر از ابتدای بارداری تا زایمان و پس از زایمان، انجام وظیفه می نماید.

ب) مامای همراه می بایست در یکی از مراکز رسمی مشاوره و ارائه خدمات مامایی، ثبت نام نماید.

ج) برای مامای همراه، داشتن گواهی گذراندن دوره های آموزشی ۶۰ ساعته آمادگی برای زایمان و روشهای کاهش درد الزامی است (نامه شماره ۲/۱۴۱۰۵۷ مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۳ دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس).

د) استانداردهای مدت زمان لیبر و زایمان:

مرحله زایمان	مدت زمان در مادران نخست زا	مدت زمان در مادران چند زا
فاز نهفته مرحله اول	متوسط ۱۴ ساعت	متوسط ۱۰ ساعت
فاز فعال مرحله اول	متوسط ۶ ساعت	متوسط ۴ ساعت
مرحله دوم	متوسط ۵۰ دقیقه	متوسط ۲۰ دقیقه
مرحله سوم	متوسط ۱۵ دقیقه	متوسط ۱۵ دقیقه
مرحله چهارم	متوسط ۲ ساعت	متوسط ۲ ساعت

ه) مامایی که به عنوان «همراه مادر» انتخاب می شود، باید همه روزه و در همه ساعات شبانه روز تا ۲ ساعت پس از زایمان، در دسترس باشد.

و) مامای همراه نمی تواند نقش عامل زایمان را ایفا نماید و اجازه هیچگونه مداخله بالینی در روند لیبر، زایمان و پس از آن را ندارد. مامای همراه تنها حمایت فیزیکی، روحی و روانی از مادران را به عهده دارد.

ز) شرح وظائف «مامای همراه»:

۱. شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان همراه با مادر.

۲. حضور در منزل در فاز نهفته زایمان.
۳. حضور در اتاق لیبر و زایمان بیمارستان.
۴. استفاده از انواع روش های غیر دارویی کاهش درد هنگام زایمان مانند: ماساژ، آروماتراپی، تن آرامی، تکنیک های تنفس، طب فشاری، تغییر وضعیت ها در لیبر و زایمان، موسیقی درمانی، سرما و گرما درمانی، غوطه وری در آب، استفاده از دستگاه TENS براساس سیاست های بیمارستان.
۵. همراهی مادر پس از زایمان مطابق دستورالعمل «راهنمای بالینی زایمان طبیعی و روش های کاهش درد» مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۶. کمک به مادر در خصوص مراقبت از نوزاد و شیردهی موفق (این خدمت جزء شرح وظایف بند (۵) این بخشنامه می باشد و هزینه جداگانه ای قابل دریافت نمی باشد).
- ۲) تعرفه خدمات «مامای همراه» با توجه به بند (۱۵) ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس تصویبنامه شماره ۳۵۳۸۵/ت/۲۶۵۴۶ مورخ ۱۳۸۲/۵/۱۹ هیات محترم وزیران، به شرح ذیل تعیین می گردد:
الف) تعرفه حضور در کلاس های آمادگی برای زایمان برای هر جلسه (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) به طور گلوبال معادل یک ویزیت پزشک عمومی در بخش غیردولتی، تعیین می گردد.
ب) تعرفه حضور در منزل برای فاز نهفته زایمان (برای هر تعداد ساعت ارائه خدمت) به طور گلوبال معادل ۲ ویزیت پزشک عمومی بخش غیردولتی تعیین می گردد.
ج) تعرفه حضور در اتاق لیبر (با توجه به شرح وظایف فوق الذکر)، به شرح ذیل تعیین می گردد:
ج-۱) هشت ساعت اول به ازای هر ساعت به طور گلوبال معادل یک ویزیت پزشک عمومی بخش غیردولتی.
ج-۲) پس از هشت ساعت به ازای هر ساعت به طور گلوبال معادل دو ویزیت پزشک عمومی بخش غیردولتی.
د) تعرفه (۲) ساعت اول پس از زایمان (به منظور مراقبت از مادر، نوزاد و آموزش شیردهی) به طور گلوبال معادل دو ویزیت پزشک عمومی در بخش غیردولتی.
۳) مراکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی می بایست حداقل ۸۰٪ تعرفه مربوطه در هر یک از موارد چهارگانه فوق الذکر را به عنوان حق الزحمه ارائه خدمت به «مامای همراه» پرداخت نمایند.
۴) نظارت بر فعالیت و خدمات «مامای همراه» در طول فرایند ارائه خدمت، به شرح ذیل تعیین می گردد:
الف) کلیه مراکز درمانی دولتی و غیردولتی مکلفند امکان حضور فعال «مامای همراه» در اتاق لیبر و زایمان را در طول فرایند (از زمان پذیرش تا ۲ ساعت پس از زایمان) فراهم نمایند.

شماره ۴۷۲۷۲
تاریخ ۸۹/۲/۱۲
پست

ب) «مراکز مشاوره و ارائه خدمات امامی» موظفند وسایل مصرفی جهت استفاده «مامای همراه» در اتاق لیبر و زایمان را فراهم نمایند. هزینه مربوط به این وسایل به صورت جداگانه از مادران قابل دریافت نمی باشد.

ب) معاونت درمان دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سراسر کشور مکلفند بر کلیه مفاد این بخشنامه، نظارت فعال نمایند.

ج) «مراکز مشاوره و ارائه خدمات امامی» مکلفند نسبت به تشکیل پرونده برای مادر و «مامای همراه» و ثبت مستندات مربوط به کلیه اقدامات و خدمات ارائه شده، اقدام نمایند. نظارت بر کیفیت این خدمات بر عهده مراکز مربوطه می باشد و هر گونه تخلف یا قصور مامای همراه، تخلف این مراکز محسوب می گردد و مسئول فنی مراکز یادشده در مقابل مراجع قانونی و ناظر، پاسخگو می باشند.

د) هرگونه رابطه مالی میان مادر و «مامای همراه» تخلف محسوب می گردد و مادران می بایست تعرفه های ابلاغی را صرفاً به «مراکز مشاوره و ارائه خدمات امامی» پرداخت نمایند. مراکز باید در قبال اخذ وجوه مربوطه، برگه گواهی دریافت وجه مهیور به مهر مرکز را به مادران ارائه نمایند.

ه) مراکز درمانی در کلیه بخش های دولتی و غیردولتی مکلفند خلاصه ای از وضعیت بستری در لیبر و زایمان را در اختیار این مراکز قرار دهد. مبنای محاسبه تعرفه بند های (ج) و (د) براساس وضعیت مستند پذیرش بیمار در مراکز درمانی می باشد.

و) «مامای همراه» نمی تواند همزمان به دو مادر ارائه خدمت نماید.

ز) مامای شاغل در کلیه مراکز و موسسات بهداشتی و درمانی در ساعات موظف کاری، نمی تواند به عنوان «مامای همراه» انجام وظیفه نماید.

ح) مراکز مشاوره و ارائه خدمات امامی مکلفند علاوه بر «مامای همراه»، مامای همراه دیگری را به عنوان جایگزین به مادران معرفی نمایند تا دسترسی مادران در کلیه شرایط، فراهم گردد.

ط) انتخاب مرکز درمانی جهت انجام زایمان به عهده مادران می باشد و «مامای همراه» و یا مراکز مربوطه نمی توانند در این انتخاب دخالت نمایند.

دکتر وحید دستجردی
وزیر

رونوشت:

- جناب آقای دکتر امامی رضوی، معاون محترم درمان، جهت اطلاع.
- جناب آقای دکتر مصداقی نیا، معاون محترم بهداشتی، جهت اطلاع.

۸۹/۲/۴

نمیستد
مستند
تاریخ

شماره ۱۵۸۵۲
تاریخ ۲۹/۴/۸۹
پست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای اسرار خانم ...

معاون محترم ...

مشاور محترم ...

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی ...

با سلام و احترام

هرچه شاخص مرگ مادران طی سال های گذشته کاهش داشته است اما شاخص مرگ نوزادان طی بیش از یک دهه گذشته در کشور کاهش قابل ملاحظه ای نیافته است و شاخص مرگ مادران نیز هنوز از شرایط مطلوب فاصله دارد. ضمن آنکه ضرورت توجه بیشتر به کیفیت زندگی و ارتقای سلامت مادران و بهبود پیامدهای درازمدت سلامت نوزادان مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهداف بلند نظام جمهوری اسلامی ایران و توانمندی های موجود در کشور اصلاح این مهم از خواسته های اساسی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده و در برنامه های متعدد مورد تاکید قرار گرفته اند.

بررسی تجربیات جهانی نشان می دهد که کشورهای توسعه یافته از بیش از سه دهه قبل سطح بندی خدمات مادر و نوزاد (پریناتال) را در دستور کار خود قرار داده اند و در این راستا تجربیات ارزنده ای دارند. مطالعات انجام شده نشان داده است که سطح بندی خدمات مادر و نوزاد چنانچه به درستی طراحی و اجرا گردد می تواند منجر به کاهش مرگ و ناتوانی گروه های ذینفع گردد. به همین دلیل و در پاسخ به این نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طراحی برنامه مناسب و مستند بر شواهد سطح بندی خدمات پریناتال بیمارستانی را در اولویت های کاری خود قرار داد که پس از بررسی و تصویب در شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت جهت اجرا ابلاغ می شود.

تاکید مهم سطح بندی خدمات پریناتال ارتقای پیامدهای سلامت مادر و نوزاد در سراسر کشور، بهبود و ارتقای عدالت در توزیع امکانات کشور و تحکیم جایگاه و نقش تولیسی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در

تاریخ: ۱۵۸۵۳
شماره: ۱۹۰۴۹
پیوست

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان امور پزشکی

ارایه خدمات سلامتی است. تحلیل های انجام شده نشان می دهد که اجرای مناسب برنامه می تواند در جهت تامین اهداف فوق گام مهمی باشد ضمن آن که در طراحی برنامه بر به حداقل رساندن نیاز به سفر جهت دسترسی به خدمات ضروری و استفاده بهینه از ظرفیتهای کنونی کشور تاکید شده است.

تعاریف سطوح خدمت و اولویت های کلان

ناحیه خدمات پریناتال (PCR) ناحیه جمعیتی و جغرافیایی (شامل چندین شهرستان) است که در آن امکانات مناسب برای پاسخگویی به نیازهای سطوح سه گانه خدمات نوزادی و مادران وجود دارد. این سطوح سه گانه عبارتند از:

سطح ۱: هدف کلی این سطح ارایه خدمات پایه به مادران و نوزادان کم خطر است. حداقل امکانات مورد نیاز این سطح عبارتند از:

- امکان احیا و تثبیت مادر و نوزادان
- پایش و مراقبت روتین مادر و نوزاد سالم (کم خطر)
- ارایه خدمات به مادران باردار و نوزاد کم خطر نزدیک ترم (۳۷-۳۶ هفته). به خصوص پس از ۳۷ هفته با وزن تولد بیشتر از ۳۰۰۰ گرم
- امکان انتقال مادر و نوزاد به سطوح بالاتر

سطح ۲: منظور از این سطح وجود بخش های تخصصی نوزادان، بارداری و زایمان در مرکز درمانی است و حداقل امکانات موجود در این سطح امکان ارایه خدمات به مادران و نوزادان نسبتا بدحال مبتلا به مشکلاتی که سریعاً قابل بهبودی هستند می باشد (خطر متوسط). حداقل امکانات مورد نیاز این سطح عبارتند از:

- ارایه خدمات به مادران باردار با سن حاملگی ۳۲-۳۶ هفته و وزن تولد بیشتر از ۱۵۰۰ گرم
- امکان احیا و تثبیت مادر و نوزادان
- امکان مراقبت از مادران با خطر متوسط در بارداری، زایمان و پس از زایمان
- مراقبت از مادران و نوزادان پر خطر در دوره نقاهت

سطح ۳: مطابق تعریف منظور از سطح سه ارایه خدمات وجود خدمات فوق تخصصی مادران و NICU است که به معنی حضور تاپسی پرستل و امکانات تخصصی و فوق تخصصی برای زنده نگه داشتن و ارایه خدمات به مادران و

شماره ۱۵۸۵۳
تاریخ ۲۹/۴/۸۹
پرست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان امور پزشکی

نوزادان تا زمان لازم است. این سطح باید در عین حال امکان پوشش خدمات تخصصی مورد نیاز مادران پرخطر را داشته باشد. حداقل امکانات مورد نیاز این سطح عبارتند از:

- ارایه خدمات به مادران باردار با سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته و وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم
- امکان احیا و تثبیت مادر و نوزادان
- دارای امکان انتقال بارداری‌ها و نوزادان پرخطر از مراکز سطح پایین تر به سطح ۳ (ستاد انتقال) بر همین مبنا اولویت های زیر برای پیاده سازی برنامه سطح بندی و سامان دهی خدمات مادر و نوزاد در کشور ابلاغ می شوند:

- اولویت های مرتبه اول:
تمام شهرستان ها باید امکان ارایه خدمات سطح یک مادر و نوزاد را داشته باشند (تامین نیازهای آموزشی، نیروی انسانی، امکانات)

○ جلوگیری از تاسیس خدمات سطح سه پریناتال (به خصوص تخت های NICU) در نقاط و شهرهایی که نیازمند این خدمات نیستند.

- اجرای برنامه ها و بسته های خدمتی اداره سلامت مادران و نوزادان مانند:
 - برنامه های ارتقای کیفیت خدمات و حاکمیت خدمات بالینی
 - زایمان فیزیولوژیک (آیمن)
 - برنامه مراقبت آنتوشی
 - برنامه احیای نوزاد
 - نظام مراقبت مرگ پریناتال
 - نظام مراقبت مرگ مادر
 - توانمندسازی نیروی انسانی در هر سطح به خصوص در زمینه فوریت ها
 - دوره های آموزشی آمادگی برای زایمان
 - آگاه سازی کلیه گروه های حرفه ای ارایه خدمات بهداشت و درمان در مورد خدمات پریناتال و بسته های خدمتی مرتبط (نظیر بسته خدمتی نوزاد سالم)

شماره ۱۵۱۵۲۰
تاریخ ۱۹/۰۶/۲۹
پست

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

• اولویت دوم:

○ تکمیل و تامین نیروی انسانی مورد نیاز و تجهیزات مورد نیاز سطح دو برای تمام شهرستانهایی که در برنامه ریزی بعدی نیاز به سطح سه خدمت دارند.

• اولویت های مرتبه سوم:

- تکمیل و تامین نیروی انسانی مورد نیاز و تجهیزات سطح دو برای بقیه شهرستان های سطح دو

- تکمیل و تامین نیروی انسانی مورد نیاز و تجهیزات سطح سه برای شهرستان های تعیین شده

- تجهیز شهرستان های سطح یک و دو به امکانات مورد نیاز اضافی برای انتقال مادر و نوزاد

در اجرای این اولویت ها لازم است اقدامات زیر در سطوح مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به طور همزمان بیگیری و اجرا شوند:

• تشکیل ستاد اجرایی برنامه سطح بندی و سامان دهی خدمات سلامت مادر و نوزاد (معاونت بهداشت و معاونت درمان)

• تکمیل و ابلاغ استانداردهای رایجه خدمت، تعریفهای مورد نیاز برای سطوح یک تا سه و برنامه های ارتقای کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی (معاونت بهداشت و معاونت درمان)

• اصلاح تعرفه های خدمات، اصلاح تعرفه بخش های تخصصی نوزادان، همین طور عدم تناسب (پایین بودن) تعرفه خدمات زایمان طبیعی و فیزیولوژیک در مقایسه با سزارین منجر به سوق بیمارستانها و آرایه کنندگان به آرایه بیش از حد خدمات سزارین شده است، اصلاح نحوه پرداخت تعرفه گلوبال زایمان به گونه ای که آرایه کافی خدمات پس از زایمان را موجب شود، تخصیص تعرفه به مراقبت های بیمارستانی مادران پرخطر تا زمان زایمان و موارد مشابهی که آرایه ناکافی خدمت را موجب شده اند (معاونت درمان یا همکاری معاونت بهداشت).

• جلوگیری از توسعه بخش های NICU خارج از برنامه سطح بندی و سامان دهی خدمات مادر و نوزاد موضوع این ابلاغ (معاونت درمان، تمامی دانشگاه های علوم پزشکی)

• اولویت دهی در تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال به طوری که در طی برنامه پنجم توسعه، نیروی انسانی لازم برای اجرای این برنامه به خصوص در زمینه های پریناتولوژی تامین شود (معاونت آموزش)

شماره ۱۵۸۵۳۰
تاریخ ۸۹/۰۷/۲۹
پست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- طراحی و اجرای آموزشهای مرتبط برای تخصصها و رشته های زنان، کودکان، مامایی و به خصوص پرستاری (معاونت آموزش، تمامی دانشگاه های علوم پزشکی کشور)
- تلاش در تامین نیروی انسانی به خصوص نیروی پرستاری آموزش دیده برای بخش های مرتبط نوزادان و مادران و تامین نیروی انسانی مامایی برای بخش های مصوب (معاونت توسعه)
- تسویب تشکیلات سازمانی مورد نیاز سطح پندی خدمات پریناتال و تخصصی مجوزهای استخدامی لازم به طوری که نیروی انسانی این برنامه به صورت پلکانی تا انتهای برنامه پنجم توسعه فراهم آید (معاونت توسعه)
- اصلاح ساختارهای بیمارستانی در شهرستانهایی که بیمارستانهای سطح سه خدمات مادران از بیمارستانهای سطح سه خدمات نوزادان جدا هستند و عدم صدور مجوز تأسیس زایشگاه به عنوان مرکز نگ تخصصی (معاونت درمان، تمامی دانشگاه های علوم پزشکی که لازم است سطح سه خدمت را ارائه دهند).
- اصلاح ساختارهای بیمارستانی در شهرستانهایی که خدمات سطح سه پریناتال در بیمارستانهایی با خدمات مادر و نوزاد ارائه میشوند لازم است بیمارستانهای سطح سه کلیه تخصص های مورد نیاز ارائه خدمات به مادر و نوزاد پرخطر را داشته باشند (تمامی دانشگاه های علوم پزشکی کشور که لازم است سطح سه خدمت را ارائه دهند).
- بازبینی نقش ستاد هدایت و ارجاع بین بیمارستانی بر مبنای سطح پندی خدمات و مسئولیتهای ناشی از آن (تمامی دانشگاه های علوم پزشکی)
- تامین اقامت ۲۴ ساعته پزشک های متخصص زنان و مامایی، اطفال، بیهوشی در تمامی بیمارستان های مرکز پری ناتال (تمام دانشگاه های علوم پزشکی مرتبط)
- تاکید مجدد بر اجرای برنامه استاد معین برای خدمات زنان و مامایی و کودکان (تمامی دانشگاههای علوم پزشکی)
- تشکیل گروه کارشناس سلامت مادر و نوزاد به عنوان متولی اجرا برنامه سطح پندی خدمات پریناتال و برنامه های مرتبط با آن مانند برنامه احیای نوزاد، بسته خدمتی نوزاد سالم، برنامه مراقبت آغوشی و نظام مراقبت مرگ مادری و بسته خدمتی مادران (تمامی دانشگاههای علوم پزشکی)
- تأسیس کمیته دانشگاهی ارتقای سلامت مادر و نوزاد در دانشگاه با حضور فعال رییس دانشگاه و معاونت های پشتیبانی، درمان، بهداشت و آموزش (تمامی دانشگاههای علوم پزشکی)

شماره ۱۵۸۵۳۰
تاریخ ۲۹ شهریور ۱۳۸۹
پست

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

از تمامی دانشگاه های علوم پزشکی انتظار می رود برنامه زمان بندی اجرای کامل سطح بندی و سامان دهی خدمات مادر و نوزاد را تا پایان شهریور ۱۳۸۹ تهیه و به اینجانب و دفتر سلامت خانواده جمعیت و مدارس معاونت بهداشت اعلام شود. همینطور بر مبنای اولویت های اجرای برنامه برنامه عملیاتی و زمان بندی اجرا در سال ۱۳۸۹ در منطقه تحت پوشش یا توجه به نقشه ابلاغ شده مشخص و اعلام شود.

دکتر وحید زنجیری

کتاب

رونوشت:

- جناب آقای دکتر لاریجانی رئیس محترم شورای سیاستگذاری جهت استحضار

بازگشت

شماره ۱۱۳۶۹
تاریخ ۶/۱۵
پست

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان امور پزشکی

معاونت بهداشت

سرکار خانم دکتر وحید دستجردی
مقام عالی وزارت

با سلام و احترام

به استحضار می‌رساند: با توجه به اهمیت سلامت مادران و به منظور بحث و بررسی پیرامون راهکارهای کاهش مرگ مادر در تاریخ ۸۹/۵/۱۳ نشست در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان برگزار گردید.

در طی این نشست تحلیل روند مرگ مادران در طی ۵ سال اخیر در سطوح چالشهای اولویت دار نظام سلامت، مداخلات انجام شده یا در حال انجام و مداخلات پیشنهادی موثرو اجرا نشده در مقاطع پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان مورد بحث قرار گرفت و لیست های جداگانه انتظارات از دانشگاهها و سطوح وزارت تنظیم گردید. لیست انتظارات از دانشگاهها (پیوست ها) طی نامه ای به روسای محترم دانشگاهها ابلاغ گردید.

مهمترین عناوین مورد انتظاردانشگاهها از وزارت متبوع به شرح زیر می باشد:

۱. تامین متخصصین زنان مورد نیاز به خصوص در مناطق محروم.
۲. مقیم بودن متخصص زنان در بیمارستانها.
۳. اضافه نمودن پست های سازمانی در معاونت های درمان تحت عنوان "کارشناس مادر و کودک".
۴. اضافه نمودن پست های سازمانی تحت عنوان "کارشناس رابط سلامت مادر" در بیمارستان ها به منظور پیگیری وضعیت مادران باردار پرخطر.
۵. بررسی مجدد اجرای برنامه طرح نیروی انسانی فارغ التحصیلان رشته مامایی.
۶. حمایت مالی برای اجرای طرح اسکان مادران در مجاورت بیمارستان.
۷. اختصاص ردیف بودجه ای مشخص جهت هزینه های درمانی مادران باردار بی بضاعت.
۸. تعامل معاونت آموزشی با معاونت های درمان و بهداشتی جهت اجرای برنامه های مرتبط با سلامت مادران با توجه به نیازهای یاد شده متمنی است جهت رفع مشکلات مالی و نیروی انسانی برای بهبود وضعیت سلامت مادران دستور اقدامات لازم صادر فرمایند.

دکتر علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشت
اصفهان

دکتر محمد شریقی
تمام مقام معاون بهداشت

رونوشت:

- ریاست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی جهت استحضار
- معاونت محترم درمان جهت استحضار و اجرای بندهای مرتبط
- معاونت محترم آموزشی جهت استحضار و اجرای بندهای مرتبط
- معاونت محترم توسعه و مدیریت منابع جهت استحضار و اجرای بندهای مرتبط

مصوبات نشست یک روزه معاونین بهداشت و درمان ۱۳ دانشگاه در خصوص کاهش مرگ مادران
دانشگاه اصفهان - ۸۹/۵/۱۳

انتظارات از معاونتهای درمان دانشگاهها:

۱. اجرای طرح سطح بندی مطابق نامه شماره ۱۵۸۵۳۰ مورخ ۸۹/۴/۲۹ مقام محترم وزارت بخصوص موارد زیر:
 - اصلاح نظام پذیرش مادران با وضعیت اورژانس در بیمارستانهای ریفرال و مراکز آموزشی. (همانگی واحدهای ICU,CCU,NICU با بخش های زایمان و دستیاران و آنکال های زنان و زایمان جهت پذیرش هر چه سریعتر مادران).
 - مقیم نمودن متخصصین زنان و بیهوشی در مراکز درمانی.
 - تعیین وضعیت موجود مراکز تحت پوشش از نظر نیرو، تجهیزات و....
 - برنامه ریزی جهت طرح استاد معین.
۲. اجرای مفاد نامه شماره ۲/۲۸۹۸۷ ب/س مورخ ۸۵/۳/۶ مبنی بر ارسال پرونده مادران فوت شده به نظام پزشکی به منظور بررسی و برخورد قانونی با متخلفین.
۳. اجرای مفاد نامه شماره ۲/۱۵۶۶۵۵ ب مورخ ۸۸/۱۲/۱۰ درخصوص نحوه راه اندازی بیمارستانهای دوستدار مادر
۴. اجرای مفاد نامه شماره ۱/۶۹۰۵ س مورخ ۸۹/۲/۴ جهت تعامل با پزشکی قانونی.
۵. هماهنگی با سازمان انتقال خون برای مدیریت تهیه و استفاده به موقع از فرآورده های خونی، بطوری که در هر زمان مقداری فرآورده ذخیره برای استفاده در فوریتها وجود داشته باشد.
۶. ویزیت یا مشاوره تمام بیماران باردارمراجعه کننده به اورژانسهای بیمارستانی توسط متخصص زنان و زایمان (برای آنان درمان سرپایی انجام نشود).
۷. ویزیت بیمار توسط متخصص حداکثر ۳۰ دقیقه پس از دستور تلفنی.
۸. جلب مشارکت معاونت آموزشی و گروه آموزشی زنان جهت بهبود وضعیت سلامت مادران و اجرای نظام مراقبت مرگ مادری (پس از دستور ریاست محترم دانشگاه).
۹. الزام بر استفاده از پروتکل ها و گایدلاین های بالینی در بیمارستانها
۱۰. تقویت مراقبتهای درمانی تیمی در بیمارستانها.
۱۱. ملزم نمودن مراکز آموزشی درمانی در قبال حمایت از بیمارستانهای درمانی شهرستانهای تحت پوشش.
۱۲. آموزش تئوری و عملی کلیه پرسنل دست اندرکار بیمارستان بخصوص متخصصین زنان و زایمان، بیهوشی، پرستاری، مامایی و دستیاران در زمینه برخورد با مادران در معرض خطر.
۱۳. ارسال گزارش مرگها به صورت توضیح Malpractice و شرح Best Practice به کلیه بیمارستانها و صاحبان فرایند
۱۴. در نظر گرفتن رابط یا مددکار اجتماعی در هر بیمارستان برای پیگیری روند درمان مادران پرخطر

انتظارات از معاونت‌های بهداشت دانشگاهها :

۱. اصلاح فرآیند های ارائه خدمات برای کلیه مادران بخصوص برای مادران در معرض خطر از طریق آموزش تئوری و عملی کلیه کارکنان.
۲. تقویت خدمت مراقبت‌های قبل از بارداری
۳. تدوین و نظارت بر فرآیندارجاع و پس‌خوراند مادران نیازمندمراقبت ویژه.
۴. فعال کردن پیگیریها در مراکز شهری و امکان شناسایی مادران پرخطر.
۵. جلب مشارکت معاونت آموزشی و گروه آموزشی زنان جهت بهبودوضعیت مادران باردار و اجرای نظام مراقبت مرگ -مادری(پس از دستور ریاست محترم دانشگاه)
۶. جلب مشارکت بخش خصوصی در اجرای مراقبت‌های استاندارد
۷. در نظر گرفتن طرح اسکان مجاوربیمارستان برای زنان باردار پرخطر ساکن مناطق صعب العبور.
۸. تقویت برنامه زایمان ایمن در مناطق محروم کشور با اجرای برنامه تربیت ماما روستا و بهورز ماما
۹. تعیین وضعیت موجود مراکز تحت پوشش از نظر نیرو، تجهیزات
۱۰. اجرای دستور عمل (پزشک خانواده) برای ویزیت تمام زنان بخصوص زنان در سنین باروری جهت کشف بیماریهای زمینه ای قبل از بارداری.
۱۱. تقویت نظام ثبت مرگ(ICD ۱۰) و اجرای مفادنامه شماره ۱۶۹۰۵/س مورخ ۸۹/۲/۴(تعامل با پزشکی قانونی)به منظور به حداقل رساندن کم شماری مرگ مادران.

شرکت کنندگان این نشست:

- معاون محترم اجرایی معاونت درمان
- مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانها
- مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- رئیس و کارشناس اداره سلامت مادران
- رئیس، معاونین بهداشت و درمان و مدیر گروه محترم زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
- معاونین بهداشتی و درمانی(یا نمایندگان)دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، آذربایجان شرقی، ایران، خوزستان، لرستان، مرکزی، کرمان، یزد، زاهدان، زابل، چهارمحال و بختیاری، شیراز، کهگیلویه و بویراحمد
- اسامی دانشگاههای غایب: خراسان رضوی- شهید بهشتی

سازمان محترم نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

موضوع: توجه به عارضه چسبندگی جفت در زنان باردار

سلام علیکم

بدینوسیله به استحضار می‌رساند: مطالعه تاریخچه مرگ مادران باردار در کشور طی سالهای اخیر نشان می‌دهد که بسیاری از موارد فوت بدنبال خونریزیهای شدید ناشی از چسبندگیهای جفت و عدم آمادگی تیم درمانی در مقابله با این فوریت اتفاق افتاده است.

از آنجا که در صورت تشخیص و پیش بینی این عارضه و آمادگی تیم درمانی (رزرو فرآورده های خونی به مقدار کافی، اطلاع قبلی و حضور به موقع متخصصین جراحی و اورولوژی...) عوارض و مرگ و میر ناشی از این امر تا حد زیادی قابل اجتناب می باشد، طبق پیشنهاد کمیته کشوری سلامت مادران جهت پیشگیری از بروز این عامل منجر به فوت، هنگام در خواست و انجام سونوگرافی موارد زیر باید مورد تاکید قرار گیرد:

• تعیین محل جفت

• بررسی احتمال چسبندگی جفت (بخصوص در صورت مشاهده جفت سرراهی)

ضمناً از آنجا که بر اساس علوم مبتنی بر شواهد در بارداریهای با سزارین قبلی که همراه با جفت سرراهی هستند میزان بروز چسبندگیهای جفت بیشتر می باشد لذا توجه به مطالب فوق در این موارد اهمیت بیشتری دارد. خواهشمند است مطالب فوق به نحو مقتضی به اطلاع متخصصین محترم زنان و زایمان، متخصصین محترم رادیولوژی و سونوگرافی، ماماها و پزشکان عمومی رسانده شود.

دکتر محمد اسماعیل مطلق
مدیرکل دفتر سلامت جنین، خانواده و مدارس



رونوشت جهت استحضار:

دبیر محترم هیات برد تخصصی رادیولوژی

دبیر محترم هیات برد تخصصی زنان و زایمان

جناب آقای دکتر رواقی مدیرکل محترم دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

جناب آقای دکتر رضوی مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

سرکار خانم ناهید خداکریمی رئیس محترم انجمن علمی مامایی ایران

سرکار خانم معصومه آباد رئیس انجمن جمعیت مامایی ایران

انجمن محترم پزشکان عمومی ایران

انجمن محترم متخصصین زنان و مامایی ایران

انجمن محترم رادیولوژی ایران

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

با توجه به هدف گذاری کمی شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت در برنامه پنجم توسعه، نسبت مرگ مادران کشور تا پایان سال ۱۳۹۴ باید به رقم ۱۶ در صد هزار تولد زنده کاهش یابد. از آنجا که بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی و ارائه خدمات مطلوب؛ سهم بسزایی در رضایتمندی مادران و بهبود شاخص ها ایفا می کند لازم است تا موارد زیر به نحو مقتضی برای اجرا به بیمارستانهای تحت پوشش آن دانشگاه ابلاغ گردد.

۱. بستری مادر باردار بر اساس راهنمای بالینی وزارت بهداشت یا کتب مرجع باشد.
۲. برای همه مادران بستری در بیمارستان فرم پیشرفت زایمانی یا فرم پارتو گراف در پرونده گنجانده و تکمیل شود.
۳. فرمهای موجود در پرونده مادران باردار بستری به طور دقیق و خوانا تکمیل شود. مشخصات و امضای فرد تکمیل کننده در فرم درج گردد.
۴. کلیه ارائه دهندگان خدمت اعم از متخصصین زنان و زایمان، دستیاران و ماماها در هر نوبت کاری بیمارستان موظف به تحویل مادران بستری تحت مراقبت در لیبر، اتاق زایمان و پس از زایمان؛ به هم رسته خود در نوبت کاری بعد می باشند. بدیهی است مسئولیت مستقیم مادر و نوزاد (تا شش ساعت پس از زایمان) به عهده ارائه دهندگان خدمت در هر نوبت کاری است و قبل از تحویل مادران بستری نباید بیمارستان را ترک نمایند.
۵. در هر نوبت کاری یک نفر ماما مسئول تریاژ مادران باردار (جداسازی مادران پرخطر از کم خطر) باشد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

موضوع: حل مشکل پذیرش و رسیدگی سریع به مادران پرخطر

سلام علیکم

احتراما همانگونه که مستحضرید رسیدگی سریع و ارائه خدمات درمانی به مادران باردار از اولویتهای وزارت متبوع میباشد. از آنجائیکه در برخی موارد نیاز به اعزام بیمار به سطوح بالاتر ارائه خدمات درمانی وجود دارد، میبایست ضمن اینکه اندیکاسیون اعزام از طرف متخصص مربوطه بطور مشخص اعلام شود. اعزام به شیوه ی صحیح و با دقت و حساسیت خاصی انجام شود تا از اعزام های بدون اندیکاسیون، موریبیدی و مورتالیتهای احتمالی جلوگیری شود. در مواردیکه بیمارستان در اعزام و یا ارائه خدمات درمانی به مادر باردار یا مشکلی مواجه شود، طبعاً موضوع به مراجع رسیدگی به مشکلات بیماران آن دانشگاه اعلام میشود لذا در راستای استفاده بهینه از امکانات موجود در مواردیکه مشکل مرتفع نشده باشد، در هر یک از دانشگاهها در هر شبانه روز یک نفر از متخصصین زنان و زایمان آن دانشگاه با برنامه ریزی مدیر گروه محترم زنان، مسئولیت تعیین تکلیف آن بیماران را به عهده خواهند داشت و اجرای تصمیم ایشان برای کلیه بیمارستانهای تابعه آن دانشگاه الزامی است. از طرفی از آنجائیکه در سیستم سطح بندی دانشگاههای علوم پزشکی به قطب دسته بندی شده اند، در هر قطب نیز یک نفر از متخصص زنان و زایمان در هر شبانه روز مطابق برنامه ریزی مدیر گروه محترم زنان همان دانشگاه، مسئولیت رسیدگی به موضوع را به عهده خواهند داشت، یعنی در مواردیکه مشکل بیمار در هر یک از دانشگاههای تحت پوشش دانشگاه قطب مرتفع نشده باشد، متخصص آن دانشگاه میتواند موضوع را با متخصص آنکال دانشگاه قطب در میان بگذارد. بدیهی است نظر متخصص زنان آنکال قطب برای کلیه دانشگاههای تحت پوشش آن قطب لازم الاجراست.

لذا مقتضی است ترتیبی اتخاذ شود تا برنامه ریزی مربوط به تعیین آنکال متخصصین محترم زنان بصورت ماهیانه، در هر دانشگاه و در هر قطب مشخص شده و به مراجع ذیصلاح ابلاغ شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

رونوشت:

جناب آقای دکتر مطلق مدیرکل محترم دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

FOCC

مرکز هدایت عملیات بحران وزارت بهداشت



معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

همانگونه که مستحضرید با توجه به اهداف توسعه هزاره یکی از راهکارهای موثر و کارآمد برای کاهش مرگ مادران، رعایت استانداردها می باشد در این راستا مجموعه استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران توسط دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان و وزارت بهداشت تدوین و به دانشگاههای کشور ارسال شده است. لازم به ذکر است استاندارد اعتبار بخشی بلوک زایمان با همکاری دفتر سلامت، جمعیت خانواده و مدارس تدوین که به منظور ارتقای کیفی خدمات مامایی در بلوک زایمان لازم است تا موارد زیر به نحو مقتضی در بیمارستانها اجرا گردد. (استاندارد اعتبار بخشی بلوک زایمان پیوست می باشد)

۱. تعداد نیروی انسانی مامایی مورد نیاز برای بلوک زایمان (اتاق معاینه، لیبر، زایمان و دو ساعت پس از زایمان) به ازای هر هزار زایمان در سال ۱۰ نفر ماما می باشد حداقل مامای مورد نیاز در بیمارستان ۱۲ نفر است. (بر اساس نامه ارسالی شماره ۴۰۰/۱۵۸۷ مورخ ۸۹/۹/۲۱)
۲. مسئولیت بلوک زایمان با ماما است و برای احراز پست فوق ماما می بایست دارای شرایط زیر باشد: (صفحه ۱۰۹ مجموعه استانداردهای اعتبار بخشی در ایران)
 - ۲.۱. دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مامایی و حداقل دو سال سابقه کار در بلوک زایمان و گذراندن دوره های تکمیلی مصوب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
 - ۲.۲. دارا بودن مدرک کارشناسی مامایی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بلوک زایمان و گذراندن حداقل ۳۰ ساعت دوره های مدیریت و دوره های تکمیلی مصوب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
 - ۲.۳. دارا بودن مدرک حداقل کارشناس مامایی و حداقل ۵ سال سابقه کار در بلوک زایمان و گذراندن دوره های تکمیلی مصوب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
۳. مسئولیت هر نوبت کاری در بلوک زایمان به عهده ماما می باشد شرایط لازم عبارت است از: (صفحه ۱۰۹ مجموعه استانداردهای اعتبار بخشی در ایران)
 - ۳.۱. دارا بودن مدرک کارشناسی مامایی و ۲ سال سابقه کار در بلوک زایمان و گذراندن دوره های تکمیلی مصوب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
۴. مسئول تریاژ مادران یاردار مستقر در اتاق معاینه بلوک زایمان با ماما می باشد شرایط لازم عبارت است از: (لزوم انجام تریاژ بر اساس صفحه ۱۱۳، لزوم اتاق معاینه در بلوک زایمان بر اساس صفحه ۱۱۷ مجموعه استانداردهای اعتبار بخشی در ایران و لزوم حضور ماما بر اساس بخشنامه شماره ۴۰۰/۳۰۴۹ مورخ ۹۰/۲/۱۹)

شماره ۱۰۹۲ / ۴۰۰۳
تاریخ ۲۸ / ۲ / ۱۳۹۰
پست ۵۰۰۰۰۰۰۰

بسمه تعالی



- ۴.۱. دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد امامی و حداقل دو سال سابقه کار در بلوک زایمان و گذراندن دوره های تکمیلی مصوب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- ۴.۲. دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی امامی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بلوک زایمان و گذراندن حداقل ۳۰ ساعت دوره های مدیریت و دوره های تکمیلی مصوب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- ۴.۳. دارا بودن مدرک حداقل کارشناس امامی و حداقل ۵ سال سابقه کار و گذراندن دوره های تکمیلی مصوب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

شماره ۷۶۷۲ / ۴۰۰
تاریخ ۱۳۹۰ / ۳ / ۲۹
پست دبیرداری

بسمه تعالی



ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

همانگونه که مستحضرمی باشید بهبود وضعیت سلامت مادران یکی از پیش نیازهای توسعه جوامع می باشد که آرمان ۵ اهداف توسعه هزاره با عنوان "بهبود سلامت مادران در چارچوب بهداشت باروری" بدان اشاره دارد. تحقق این آرمان مستلزم کاهش شاخص نسبت مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان است و دست یافتن به آن نیز مستلزم بهبود چند شاخص مهم از جمله افزایش نسبت زایمان های انجام شده توسط افراد آموزش دیده و ماهر، افزایش پوشش مراقبت های دوران بارداری و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری زنان ۴۹-۱۵ ساله می باشد. برای کاهش مرگ و میر مادران که هدف اصلی برنامه های سلامت مادران است، در کنار سایر محورهای توسعه مانند بهبود راههای ارتباطی، افزایش آگاهی و تغییر فرهنگ جامعه، اقدامات مهمی نیز در اداره سلامت مادران و دانشگاه های علوم پزشکی انجام شده است، مانند طراحی و اجرای پروتکل های مراقبت ادغام یافته ای مادری ایمن «خدمات خارج بیمارستانی»، تهیه پروتکل های بیمارستانی در قالب بیمارستان های دوستدار مادر «خدمات بیمارستانی»، تداوم اجرای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری و حساس نمودن سیستم ارائه خدمات در مورد مرگ مادر، تربیت افراد دوره دیده در امر زایمان و هرچند نرخ مرگ و میر مادران در کشور در ۲۰ سال گذشته (در فاصله زمانی تعیین شده برای اهداف توسعه هزاره) با کاهش چشمگیری از ۹۱ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۲۵-۴ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸ رسیده است، به صورتی که در آخرین نشریه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، دستیابی ایران به پنجمین هدف توسعه هزاره و کاهش مرگ مادران رسماً اعلام گردیده و جمهوری اسلامی ایران در سومین گروه کشورهایی که توانسته اند به هدف کاهش مرگ مادران دست یابند معرفی شده است، اما ارزیابی روند شاخص نسبت مرگ مادر بر اساس داده های نظام مراقبت مرگ مادری در سال های اخیر حاکی از کاهش بطی و یا ثبات نسبی در این شاخص است که نشان می دهد کاهش آن از این پس بسیار دشوار و نیازمند تلاش بیش از پیش و اجرای مداخلاتی فراتر از برنامه های موجود می باشد. مسئولیت وزارت بهداشت و بخش های تابعه آن با هدف گذاری کمی شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت در برنامه پنجم (کاهش نسبت مرگ مادران به ۱۶ در صد هزار تولد زنده تا پایان سال ۱۳۹۴) سنگین تر می شود. چنانچه تعداد مرگ مادر را بطور متوسط ۳۰۰ مورد در سال در نظر بگیریم، برای رسیدن به هدف ۱۶ در صد هزار تولد زنده (در صورت ثابت بودن موالید) می باید تعداد مرگ مادر به حدود ۲۰۰ مورد در سال برسد. برای دستیابی به این رقم و کاهش ۱۰۰ مورد مرگ مادر کلیه دانشگاه ها بویژه دانشگاه های که تعداد بیشتری مرگ مادر دارند باید با در نظر گرفتن موارد زیر نسبت به طراحی و اجرای مداخلات مناسب منطقه خود، اقدام نمایند. ضمناً بنابر دستور مقام محترم وزارت، برنامه ریزی و نظارت بر اجرا اقدامات مربوط به سلامت مادران از وظایف روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشد.

- توجه به لزوم اعمال عدالت در تدوین برنامه ها با توجه به محدودیت منابع (انسانی و غیر انسانی) و تدوین برنامه های عملیاتی سالیانه بر اساس نیاز شهرستان های مختلف
- بررسی شاخص های سلامت در شهرستان های تابعه، روند تغییر این شاخص ها و مقایسه شاخص ها با متوسط دانشگاه و کشور
- پایش طرح های مداخله ای در حین اجرای فعالیت ها و ارزشیابی آن در فاصله زمانی مشخص
- بررسی علل عدم موفقیت در دست یابی به اهداف تعیین شده و تلاش در رفع آن
- هماهنگی برون بخشی و درون بخشی و توجه به جلب مشارکت آن بخش ها در زمان طراحی و اجرای برنامه های عملیاتی
- تداوم فعالیت های جاری در برنامه هایی که شاخص های مربوط به آن برنامه ها وضعیت مطلوب دارد
- اجرای هدفمند نظام مراقبت مرگ مادری و ایجاد حساسیت لازم در تمامی سطوح مراقبتی بخصوص کادر درمانی جهت پیشگیری از مرگ های قابل اجتناب
- اجرای صحیح و کامل برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران بویژه مراقبت های پیش از بارداری توسط پزشکان خانواده و سایر کارکنان مرتبط با برنامه در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی
- جلب همکاری متخصصین زنان و زایمان و ماماها در امر مراقبت های ویژه مادران
- برگزاری دوره های بازآموزی برای ارتقاء مهارت پزشک عمومی و ماما برای تشخیص بیماری زمینه ای به خصوص بیماری قلبی در مادران باردار و خانم ها در زمان پیش از بارداری
- مقیم نمودن متخصصین زنان و بیهوشی در مراکز درمانی (دانشگاهی و غیر دانشگاهی) و نظارت بر حضور به موقع آنان بر بالین بیماران
- اجرای پروتکل های بیمارستانی و برنامه ریزی برای انجام زایمان به روش فیزیولوژیک
- استاندارد کردن تجهیزات، فضای فیزیکی و نیروی انسانی در بلوک زایمانی بیمارستان ها
- حمایت بیمارستان های سطوح بالاتر، از بیمارستان های محیطی شهرستان های تحت پوشش
- تقویت برنامه های تنظیم خانواده به منظور کاهش حاملگی های ناخواسته و حاملگی های پرخطر
- پیگیری مادران در معرض خطر
- هماهنگی جهت تعمیم برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (مراقبت خارج بیمارستانی) به بخش خصوصی
- اتخاذ تدابیر مناسب برای انتقال سریع مادران در معرض خطر به مراکز مجهز با توجه به اندیکاسیون بستری و سطح بندی بیمارستان ها
- اجتناب متخصصین زنان از دادن دستورات تلفنی و حضور بر بالین مادر در مدت ۳۰ دقیقه

شماره ۷۶۷۲ / ۴۰۰
تاریخ ۱۳۹۰ / ۳ / ۲۹
پست بندر

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
معاونت درمان

- افزایش آگاهی های مادران و خانواده ها درباره اهمیت مراقبت های پیش از بارداری، آمادگی برای زایمان، لزوم مشارکت مردان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان همسرانشان
- استفاده از همه منابع و امکانات موجود در منطقه برای حذف زایمان توسط افراد دوره ندیده از جمله استفاده از کمک ماماها، تیم سلامت، تقویت واحدهای تسهیلات زایمانی، بهورزماما و ماماها، روستائی در منطقه، آموزش جامعه
- بهبود دسترسی مادران در معرض خطر ساکن در مناطق محروم به مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نما
معاون بهداشت

رونوشت:

- مقام عالی وزارت (سرکار خانم دکتر وحید دستجردی)
- معاون محترم توسعه مدیریت و منابع (جناب آقای دکتر حسینی)
- معاون محترم آموزشی (جناب آقای دکتر محقق)
- معاون محترم درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی...
- معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...
- سرکار خانم امامی افشار کارشناس مسئول اداره سلامت مادران
- اداره دبیرخانه مرکزی

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

همانگونه که مستحضرید کلیه بیمارستانهای کشور تا پایان سال ۱۳۹۲ موظف به اجرای اقدامات ده گانه دوستدار مادر می باشند که یکی از آنها اجرای اقدامات دوستدار کودک و تاکید بر تماس پوست با پوست نوزاد از لحظه تولد، شیردهی ساعت اول عمر و حمایت از مادر برای انجام شیر دهی موفق می باشد. این امر در قالب یکی دیگر از اقدامات ده گانه دوستدار مادر به عنوان همراه آموزش دیده در نظر گرفته شده است. با عنایت به موارد مذکور خواهشمند است دستور فرمائید بیمارستانهای تحت پوشش آن دانشگاه اعم از دولتی و غیر دولتی امکان حضور همراه آموزش دیده و دارای گواهی آموزشی (گذراندن ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) یا مامای همراه مطابق نامه شماره ۴۷۶۷۲ مورخ ۱۳۸۹/۲/۱۲ را در کنار مادر فراهم نمایند.

دکتر محمد اسماعیل مطلق
مدیر کل دفتر سلامت جنین، خانواده و مدارس



شماره ۱۵۹۵۰/۴۰۰
تاریخ ۰۶/۰۶/۱۳۹۰
پست ۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰

بسمه تعالی



رئیس محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۴۰۰/۳۰۴۹ مورخ ۹۰/۲/۱۹ در خصوص استفاده از فرم پارتوگراف برای ثبت دقیق فرآیند لیبر و زایمان در پرونده مددجویان بستری در مراکز درمانی و توصیه سازمان جهانی بهداشت به استفاده از آن، به پیوست یک نسخه فرم پارتوگراف و راهنمای استفاده از آن حضورتان ارسال می گردد.

خواهشمنداست ترتیبی اتخاذ فرمائید تا همکاران محترم شاغل در بخش لیبر و زایمان بیمارستان (اعم از متخصص زنان و زایمان، دستیاران، ماماها و دانشجویان مامائی به همراه مربی) موظف به استفاده از فرم پارتوگراف و ثبت اطلاعات مربوط به آن در پرونده پزشکی مادران بستری (فاز فعال لیبر) در بخش های فوق باشند. شایان ذکر است، تکمیل فرم مذکور از ابتدای شش ماهه دوم سال جاری در بازدیدها و ارزشیابی های بیمارستانی مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: پرداخت کارانه به کارشناسان مامایی

سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد(ص) و با تقدیم احترام؛ پیرو گزارش های واصله از برخی دانشگاه های علوم پزشکی کشور مبنی بر "عدم پرداخت کارانه به کارشناسان محترم مامایی بر اساس بخشنامه های ابلاغی وزارت متبوع" و با عنایت به تاکید مقام محترم وزارت در خصوص حسن اجرای بخشنامه های مربوط به باز توزیع درآمد به همکاران محترم ماما، خواهشمند است دستور فرمایید: مراکز آموزشی و درمانی تابعه نسبت به اجرای هم زمان بخشنامه شماره ۱۰۱۹۲۶ مورخ ۱۳۸۷/۳/۲۶ "موضوع محاسبه و پرداخت معادل پانزده درصد تعرفه زایمان طبیعی به ماما در زایمان هایی که با مسئولیت مشترک ماما و پزشک متخصص انجام می گیرد." (تصویر پیوست) و مفاد مندرج در دستورالعمل نظام نوین انارہ بیمارستان ها "موضوع نحوه محاسبه و پرداخت حق الزحمه مشارکت کارکنان غیر پزشک" اقدام جدی معمول نمایند.

دکتر سید حسن امامی رموی
معاون درمان

شماره ۱۱۳۰/۱۰۰۰
تاریخ ۹/۸/۹۰
پیوست

د. قمر وزیر

سال ۹۰، سال جهاد اقتصادی،

مقام معظم رهبری

رئیس/ سرپرست محترم دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

باسلام و تحیات

همانطور که مطلع می باشید، نوزادان امروز، نسل آینده ساز کشور اسلامی به شمار می آیند. افزایش کیفیت مراقبت از نوزادان، منجر به ارتقای سطح سلامت جسمی و روانی آنها می شود. با عنایت به این که یکی از زیرساخت های منابع انسانی کار آمد سلامت است، وجود نیروی انسانی توانمند و سالم، دستیابی به اهداف متعالی انسانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و سیاسی در مکتب انسان ساز اسلام را میسر خواهد ساخت. پژوهشگران و صاحب نظران معتقدند، کیفیت مراقبت از نوزاد در دقایق و ساعات اولیه بعد از تولد تأثیری بسیار شگرف بر شخصیت اجتماعی و سلامت روانی، معنوی، عقلانی و بیولوژیک وی دارد. از این رو، استاندارد کردن خدمات مراقبت از نوزاد در هنگام تولد و پس از تولد و مراقبت های تخصصی مورد نیاز، از اولویت های اجرایی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است.

بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان و قبل از ترخیص در راستای دستیابی به استانداردهای مراقبت تهیه و تدوین گردیده است. به منظور همگون سازی و ارتقای کیفیت مراقبت از نوزادان، برنامه مراقبت از نوزاد سالم برای اجرا در همه بیمارستان های دارای زایشگاه و بخش نوزادان و بخش هم اتاقی مادر و نوزاد، اعم از دولتی، خصوصی، وابسته به ارگان ها و نهادها ابلاغ می گردد.

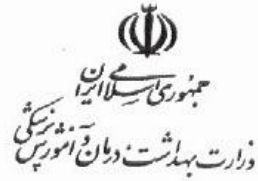
لازم است روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی با همراهی کمیته ارتقای سلامت مادر و نوزاد، زمینه های اجرای بسته خدمتی مزبور را با توجه به موارد زیر فراهم نمایند.

۱- تعیین یک نفر با مدرک کارشناسی مامایی به عنوان مسئول مراقبت از نوزاد در اتاق زایمان یا اتاق عمل سزارین، به نحوی که فرد مذکور الزاماً مسئول نوزاد بوده و مسئولیت دیگری در اتاق زایمان یا اتاق عمل نداشت باشد. مسئولیت مراقبت از نوزاد پس از تولد، براساس راهنماهای بالینی مندرج در بسته های خدمتی مراقبت از نوزاد سالم و احیا نوزاد به عهده فرد مذکور می باشد.

۲- با توجه به تعدد برنامه های مرتبط با سلامت مادر و نوزاد، در سطح بیمارستان ها از جمله برنامه سطح بندی خدمات مراقبت مادر و نوزاد، برنامه احیای نوزاد، بسته خدمتی نوزاد سالم، نظام مراقبتی مرگ پری ناتال، برنامه مراقبت آغوشی، برنامه زایمان فیزیولوژیک و نظام مراقبتی مرگ مادر و ضرورت اجرای برنامه های آتی شامل نظام مراقبت کنترل عفونت بیمارستانی در بخش مراقبت ویژه نوزادان، نظام مراقبت دیسترس تنفسی نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان و برنامه تثبیت و انتقال مادر و نوزاد، توصیه می شود:

شماره ۱۱۳۰/۲۰۰۱
تاریخ ۹/۸/۹۰
پست

بسمه تعالی



دفتر وزیر

- در همه بیمارستان های دارای بخش های مرتبط با مادر و نوزاد فردی به عنوان کارشناس مسئول مادر و نوزاد ترجیحا کارشناس ارشد مامایی تعیین و مسئولیت پیگیری، پایش و ارزیابی برنامه های ابلاغ شده و نهادینه کردن آنها را عهده دار گردد.
 - با عنایت به تنوع و تعدد برنامه های مربوط به سلامت مادر و نوزاد و ضرورت برنامه ریزی، سازماندهی و رهبری و نظارت و ارزشیابی مناسب آنها، تقویت بدنه تیم کارشناسی سلامت مادر و نوزاد در ستاد معاونت درمان دانشگاه با تامین نیروی انسانی متبحر و کارآمد و تقسیم کار مناسب ضروری می باشد.
- امید است با اجرای مفاد مربوط به بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم گامی ارزنده در بهبود کیفیت ارائه خدمات مراقبت از نوزادان آینده ساز کشور برداشته شود.

دکتر وحید دستجردی
وزیر

رونوشت:

جناب آقای دکتر مصدق نیا معاون محترم بهداشت جهت اطلاع و نظارت بر حسن اجرای برنامه

۱۳۹۰/۷/۲۷ (مستفی)



۱۳۹۰ / ۷ / ۲۸

مدیر کل دفتر	معاون دفتر	کارشناس مسئول	کارشناس

شماره..... ۵/۲۱۲/۱۹۳۹
تاریخ..... ۱۳۹۰/۱۰/۲۸
پست..... ندازه.....

معاونین محترم پشتیبانی دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی کشور

با سلام و احترام

با توجه به بخشنامه ۵/۵۶۸۰۱/الف مورخ ۷۸/۹/۲۰، مبنی بر لزوم انتخاب دانش آموختگان رشته مامایی در بخش های زنان و زایمان و اتاق زایمان در بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی تک تخصصی زنان و دارای بخش زنان و زایمان به عنوان سر پرست بخش (ماما مسئول)، ضمن تاکید مجدد بر اجرای بخشنامه فوق الذکر، خواهشمند است دستور فرمائید در این خصوص اقدام لازم به عمل آورند.

دکتر محمد فتحی
مشاور معاونت و رئیس مرکز توسعه
مدیریت و تحول اداری

معاون محترم درمان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: دوره های آموزشی الزامی

سلام علیکم

احتراما" نظر به اینکه در مجموعه استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران ، شرایط احراز پست رئیس بخش بلوک زایمان(متخصص زنان و زایمان)، مامای مسئول شیفت (ماما)، مامای مسئول بلوک زایمان(ماما) و مامای مسئول تریاژ در اتاق معاینه(ماما) علاوه بر سابقه کاری مشخص گذراندن دوره های آموزشی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ذکر شده است لذا عناوین دوره های مذکور به شرح ذیل اعلام می گردد:

۱- متخصص زنان و زایمان مسئول بخش:

دوره آموزشی زایمان فیزیولوژیک با تاکید بر روشهای دارویی بی دردی و غیر دارویی کاهش درد زایمان، دوره ALSO ، احیای بزرگسال، احیای پایه و پیشرفته نوزاد، مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد سالم، ترویج تغذیه با شیر مادر ، کنترل عفونت و احتیاطات همه جانبه

۲- ماما مسئول اتاق زایمان، مامای مسئول شیفت و مامای اتاق معاینه:

زایمان فیزیولوژیک، فوریتهای مامایی و احیای بزرگسال، احیای پایه و پیشرفته نوزاد، مراقبت از نوزاد سالم مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، ترویج تغذیه با شیر مادر ، کنترل عفونت و احتیاطات همه جانبه و دوره های مدیریت

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

شماره..... ۵/۲۱۲/۱۹۴۰
تاریخ..... ۱۳۹۰/۱۰/۲۸
پست..... تهران

۲۷

معاونین محترم پشتیبانی دانشگاه ها / دانشگده های علوم پزشکی کشور

با سلام و احترام

با توجه به بخشنامه شماره ۵/۵۶۸۰۱/الف مورخ ۷۸/۹/۲۰ در خصوص الزام به انتصاب دارندگان مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد مامایی به عنوان سوپر وایزر، مترون، رئیس و مدیر خدمات پرستاری در بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی تک تخصصی زنان ضمن تاکید مجدد مراتب جهت اجرا اعلام میگردد. خواهشمند است دستور فرمائید در این مورد اقدام مقتضی به عمل آید.

دکتر محمد فتحی
مشاور معاونت توسعه مدیریت و منابع مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

نظام دکتر نظرزانی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر وزیر

جناب آقای دکتر محقق، زیرعزیز
معاون محترم آموزشی

با سلام و تحیات

با عنایت به هدف گذاری کمی شورای عالی سیاستگذاری وزارت بهداشت در برنامه پنجم توسعه، نسبت مرگ مادران تا پایان سال ۱۳۹۴ می بایست به رقم ۱۵ در صد هزار تولد زنده کاهش یابد. از این رو به منظور ارتقای دانش، مهارت و عملکرد ارائه دهندگان خدمات مقرر گردیده است برنامه های آموزشی فوریتهای مامایی در راستای کاهش مرگ و میر مادران با مشخصات ذیل برگزار گردد.

با توجه به اینکه کسب امتیاز شرکت در دوره های آموزشی فوق الذکر برای همه متخصصین زنان و زایمان و ماماها تا پایان سال ۱۳۹۴ الزامی است، مقتضی است ترتیبی اتخاذ گردد تا ده درصد از امتیاز دوره های آموزش مداوم به این مباحث اختصاص یابد. ضمناً حضور مدرسین در دوره ها به منزله شرکت در دوره و کسب امتیاز مورد نظر می باشد.

عنوان دوره آموزشی:

فوریتهای مامایی در راستای کاهش مرگ و میر مادران

گروه هدف:

متخصصین زنان و زایمان، ماماها و پزشکان عمومی شاغل در پزشک خانواده و اورژانس

سرفصل دوره آموزشی:

۱. خونریزی ها (شامل خونریزیهای سه ماهه اول، دوم، سوم بارداری و پس از زایمان)
۲. اختلالات فشار خون در بارداری (پره اکلامپسی و اکلامپسی)
۳. ترومبوآمبولی
۴. بیماریهای قلبی در بارداری و زایمان
۵. تب و عفونتهای پس از زایمان
۶. مراقبتهای مراحل اول، دوم، سوم و چهارم زایمان و پس از زایمان تا ترخیص

طول مدت دوره آموزشی:

طول مدت دوره باز آموزی شانزده ساعت می باشد که در دو روز متوالی و هر روز هشت ساعت برگزار

می شود.

بِسْمِ تَعَالَى

شماره ۱۰۰/۳۴۲
تاریخ ۱۳۹۱/۳/۲۱
پیت

جمهوری اسلامی ایران
سازمان پزشکی
وزارت بهداشت، درمان و امور پزشکی
دانش وزیر

نحوه آموزش:

سخنرانی، بحث گروهی بر مبنای پرونده مرگ مادران، نمایش فیلم، پرسش و پاسخ

منابع آموزشی:

راهنمای کشوری فوریت‌های مامایی و زایمان، کتب مرجع، علوم پزشکی مبتنی بر شواهد Evidence Based

Medicine

دکتر وحید دستجردی
وزیر

شماره: ۵۰۴/۲۱۰/د
تاریخ: ۱۳۹۱/۰۴/۱۳
پست: ندارد

بِسْمِ تَعَالَى

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان آموزش
جناب حجت پیغمبر راستگویی

زکوهواره تاکور دانش بجوی

چندی حجت پیغمبر راستگویی

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی (سراسر کشور)

رئیس محترم انجمن علمی ..

سلام علیکم ،

احتراماً، به پیوست تصویر نامه شماره ۱۰۰/۳۴۶ مورخ ۹۱/۳/۲۱ مقام محترم وزارت در خصوص برنامه‌های آموزشی فوریتهای مامایی ارسال می‌شود. با توجه به اهمیت برنامه این موضوع بعنوان الویت ملی اعلام می‌شود. خواهشمنداست دستور فرمائید نسبت به طراحی برنامه با عنوان و سرفصل‌های اشاره شده با رعایت قوانین و مقررات اهتمام نموده تا مشمولین در دوره منتهی به سال ۱۳۹۴ امکان حضور در این گونه برنامه‌ها و کسب ده درصد امتیاز آموزش مداوم را از طریق این برنامه‌ها داشته باشند.

دکتر احمد عامری

مشاور وزیر و سرپرست آموزش مداوم
جامعه پزشکی و تحقیقات عمومی، ارتقا و
تعیین کنندگان سلامت

شهرک قدس : خیابان سیمای ایران ، بین فلامک و زرافشان ، ستاد مرکزی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۸۸۳۶۲۹۸۶

تلفن: ۸۸۳۶۲۹۸۶۰۸

<http://cehp.behdasht.gov.ir>

صفحه الکترونیکی اداره کل آموزش مداوم :

<http://dme.behdasht.gov.ir>

صفحه الکترونیکی معاونت آموزشی :

شماره: ۵/۵۰۴/۲۱۰
تاریخ: ۱۳۹۱/۰۴/۱۳
پست فیلد:

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان تخصصی

زگهواره تاگور دانش مجوی

جناب حجت بیغمبر راستگویی

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور

سلام علیکم،

احتراماً، به پیوست تصویر نامه شماره ۱۰۰/۳۴۶ مورخ ۹۱/۳/۲۱ مقام محترم وزارت در خصوص برنامه‌های آموزشی فوریتهای مامایی ارسال می‌شود. با توجه به اهمیت برنامه این موضوع بعنوان الویت ملی اعلام می‌شود. خواهشمنداست دستور فرمائید نسبت به طراحی برنامه با عنوان و سرفصل‌های اشاره شده با رعایت قوانین و مقررات اهتمام نموده تا مشمولین در دوره منتهی به سال ۱۳۹۴ امکان حضور در این گونه برنامه‌ها و کسب ده درصد امتیاز آموزش مداوم را از طریق این برنامه‌ها داشته باشند.

ته شهرک قدس؛ خیابان سیمای ایران، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۸۸۳۶۳۹۸۶

تلفن: ۸۸۳۶۳۹۸۶

<http://cehp.behdasht.gov.ir>

صفحه الکترونیکی اداره کل آموزش مداوم:

<http://dme.behdasht.gov.ir>

صفحه الکترونیکی معاونت آموزشی:



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان آموزش

بِسْمِ تَعَالَى

شماره: ۵۰۴/۲۶۰/د
تاریخ: ۱۳۹۱/۰۴/۱۳
بیت: ندارد

زگهواره تاگور دانش بجوی

جدی صف پیغمبر راستگوی

رئیس محترم انجمن علمی ...

سلام علیکم ،

احتراماً، به پیوست تصویر نامه شماره ۱۰۰/۳۴۶ مورخ ۹۱/۳/۲۱ مقام محترم وزارت در خصوص برنامه‌های آموزشی فوریت‌های مامایی ارسال می‌شود. با توجه به اهمیت برنامه این موضوع بعنوان الویت ملی اعلام می‌شود. خواهشمنداست دستور فرمائید نسبت به طراحی برنامه با عنوان و سرفصل‌های اشاره شده با رعایت قوانین و مقررات اهتمام نموده تا مشمولین در دوره منتهی به سال ۱۳۹۴ امکان حضور در این گونه برنامه‌ها و کسب ده درصد امتیاز آموزش مداوم را از طریق این برنامه‌ها داشته باشند.

ته شهرک قدس : خیابان سیمای ایران ، بین فلامک و زرافشان ، ستاد مرکزی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۸۸۳۶۳۹۸۶

تلفن: ۸۸۳۶۳۹۸۶و۸

<http://cehp.behdasht.gov.ir>

صفحه الکترونیکی اداره کل آموزش مداوم :

<http://dme.behdasht.gov.ir>

صفحه الکترونیکی معاونت آموزشی:

شماره ۳۰۰/۶۶۵۵
تاریخ ۱۳۹۱/۰۵/۰۹
پست ۵۰۰۰۰۰

بسمه تعالی



رئیس محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
موضوع: تعریف سطوح خدمات مامایی در بیمارستان

با سلام و احترام

در راستای برنامه توسعه پنجم و کاهش مرگ و میر مادران و به منظور بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی، تعاریف هر یک از سطوح بیمارستانی (۲۰۱ و ۳) پس از نشست های متعدد کارشناسی تهیه و به پیوست ابلاغ می گردد.

شایان ذکر است برنامه سطح بندی خدمات مامایی در ارزشیابی بیمارستان ها لحاظ گردیده است.

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

بیمارستان های سطح یک ارائه خدمات

در بیمارستان های سطح یک، مادران کم خطر و از هفته ۳۶ بارداری به بعد و نوزاد یا وزن تقریبی بالای ۲۵۰۰ گرم بستری می شوند.

این مراکز یا بیمارستان ها دارای حداقل ۵ تخصص جراحی، داخلی، زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی است. اتاق عمل و بخش های بستری برای تخصص های فوق دارد. متخصصین در شبقت صبح در بیمارستان حضور دارند و در بقیه ساعات آنکال هستند (یعنی باید با اولین اطلاع ظرف مدت ۲۰ دقیقه حاضر شوند). متخصص زنان و زایمان در بیمارستان مقیم است مگر در مواردی که بیمارستان کمتر از ۲ متخصص زنان داشته باشد.

زایمان طبیعی کم خطر توسط ماما انجام می شود. انجام سزارین و زایمان های مشکل برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می شود. امکان تثبیت وضعیت مادر، انجام اقدامات اولیه و اعزام بیمار به بیمارستان ریفرال از طریق آمبولانس بیمارستان وجود دارد. متخصص زنان مسئول تثبیت وضعیت مادر و دستور ارجاع وی به سطوح بالاتر است.

خدمات

این سطح مناسب برای مادرانی است که بارداری کم خطر دارند و انتظار می رود که زایمان با حداقل مداخلات پزشکی انجام شود. خدماتی که در این سطح ارائه می شود:

- مراقبت پریناتال و ارزیابی خطر برای بیماران مامایی و ارائه خدمات با توجه به توانایی سطح یک
 - قابلیت مدیریت اورژانسهای مامایی مطابق استاندارد سطح یک توسط کارکنان ماهر
 - قابلیت انتقال اورژانسی بیماران پس از تثبیت وضعیت بیمار و با نظر متخصص
 - قابلیت انجام C/S اورژانسی
 - قابلیت تامین خون بصورت ۲۴ ساعته (شامل O منفی و تایپ و کراس مج)
 - ارائه خدمات داروخانه ای
 - وجود سرویس بیهوشی در طول ۲۴ ساعت
 - وجود تکنسین رادیولوژی در طول ۲۴ ساعت
 - وجود سرویس آزمایشگاهی بالینی در طول ۲۴ ساعت
 - ارائه خدمات سونوگرافی
 - توانایی مونیتورینگ مداوم الکترونیک جنین
 - توانایی انجام تست های ارزیابی سلامت جنین (NST, OCT, BPP)
 - برنامه های آموزشی برای خانواده (مادر، همسر و وابستگان)
- *در بیمارستان های تک تخصصی و آنهایی که بخش داخلی و جراحی ندارند می بایست متخصص داخلی و جراحی به صورت آنکال داشته باشند.

در بیمارستان های سطح یک به مادرانی با شرایط زیر می تواند خدمت ارائه شود:

مراقبت های بارداری	بستری در بارداری	بستری برای زایمان و پس از زایمان
مادر سالم با بارداری بدون عارضه	تهوع و استفراغ شدید بارداری بدون اختلال متابولیکی	موارد طبیعی
سابقه سزارین با چک محل جفت (بر صورت اکثریت یا اینکرتا ارجاع به سطح ۳)	organ failure \leq HbsAg, HCV, HIV ⁺ ندارند	نمایش غیرطبیعی
سابقه poor outcome pregnancy (پس از مشاوره با سطح ۳)	مادر تب دار (پس از مشاوره با سطح ۳)	دو گویی ترم
مادر تهدید به سقط	ناهنجاری گذشته در جنین	ناهنجاری گذشته در جنین
سابقه سقط راجعه (مشاوره با سطح ۳)	پلی هیدرامنیوس خفیف، بدون ناهنجاری جنین در سونوگرافی	چنین در سونوگرافی
نمایش غیرطبیعی	ناهنجاری رحمی	ناهنجاری رحمی
مادر با آنمی خفیف، متوسط	زایمان زیر ۲۵ هفته (جنین بدون قابلیت حیات)	زایمان زیر ۲۵ هفته (جنین بدون قابلیت حیات)
قد زیر ۱۵۰ سانتیمتر	زایمان اجتناب ناپذیر	زایمان اجتناب ناپذیر
مادر زیر ۱۸ سال	پره اکلامپسی خفیف و ترم (مشاوره و آمادگی برای پذیرش مادر در سطح ۲)	پره اکلامپسی خفیف و ترم (مشاوره و آمادگی برای پذیرش مادر در سطح ۲)
سابقه زایمان سخت یا سریع	سابقه زایمان سخت یا سریع	سابقه زایمان سخت یا سریع
سابقه آتونی	سابقه مول	سابقه مول
رحم میوماتو	انجام زایمان مادری که سابقه مرده زایی یا نوزاد ترم فعلی سالم دارد (پس از مشاوره با سطح ۲)	انجام زایمان مادری که سابقه مرده زایی یا نوزاد ترم فعلی سالم دارد (پس از مشاوره با سطح ۲)
سابقه یک بار نگلمان	سابقه نوزاد ناهنجار یا نوزاد فعلی سالم (پس از مشاوره با سطح ۲)	سابقه نوزاد ناهنجار یا نوزاد فعلی سالم (پس از مشاوره با سطح ۲)
هیپوتروپیدی کنترل شده	زایمان و آنمی خفیف و متوسط	زایمان و آنمی خفیف و متوسط
ندایه توده بنی > ۲۵	اورژانس های مامایی در زمان زایمان مانند جفت سررلغی، نگلمان بر صورت جنین زنده یا دیسترس تنفسی	اورژانس های مامایی در زمان زایمان مانند جفت سررلغی، نگلمان بر صورت جنین زنده یا دیسترس تنفسی
سابقه IUFD یا نوزاد ناهنجار (مشاوره سطح ۳)	زایمان از هفته ۳۶ بارداری (۳۵ هفته و ۷ روز)	زایمان از هفته ۳۶ بارداری (۳۵ هفته و ۷ روز)
ناهنجاری رحمی (مشاوره با سطح ۳)	انواع سقط ها به جز سقط عفونی	انواع سقط ها به جز سقط عفونی
سابقه IUGR (مشاوره با سطح ۳)	متریت پس از زایمان	متریت پس از زایمان
سابقه پره ترم (مشاوره با سطح ۳)	تعداد بارداری ۴ و بالاتر	تعداد بارداری ۴ و بالاتر
	سن بالای ۱۶ و زیر ۳۷ سال	سن بالای ۱۶ و زیر ۳۷ سال
	سابقه دیابت در بارداری ولی با BS نرمال در حاضر	سابقه دیابت در بارداری ولی با BS نرمال در حاضر
	بیماری فشارخون مزمن ولی کنترل شده	بیماری فشارخون مزمن ولی کنترل شده
	حاملگی خارج از رحم	حاملگی خارج از رحم

تجهیزات

- تجهیزات کامل بلوک زایمان مطابق استاندارد
- دسترسی به امکانات تصویر برداری
- آزمایشگاه:
- CBC(DIFF)-U/A-U/C-BHCG-BG/RH-PT-PTT-LFT-LDH-BS-CA-BUN/Cr-NA/K-B/C-HBSAg-
Fibrinogen -BS -Coombs (indirect, direct)-VDRL- liver function test
- بیمارستان باید بتواند نتایج آزمایش های اورژانسی به درخواست پزشک را در کمتر از یک ساعت به سرویس های مامایی و نوزادان اطلاع دهد. این آزمایش ها شامل BG/RH -CBC(DIFF) -BUN/Cr -BS -U/A -INR-PT-PTT -BHCG

سازماندهی

موارد زیر در قالب حاکمیت بالینی دیده شود:

- ضرورت دارد	بیمارستان فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی بلوک زایمان را مطابق استاندارد رعایت کند.
- ضرورت دارد	بخش یا اتاق جداگانه ای برای مراقبت های پس از زایمان وجود داشته باشد.
- ضرورت دارد	بیمارستان پروتکل مشخصی (راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان، ...) برای ارائه خدمات داشته باشد.
- ضرورت دارد	شرح وظایف ماماها در بلوک زایمان و بخش مشخص باشد.
- ضرورت دارد	محدودیت های این سطح برای ارائه خدمات و امکان انتقال مادر در موارد خطر به مادر اطلاع داده شود.
- ضرورت دارد	بیمارستان برای تمامی نیروهای جدید (ماما و پزشک) دوره توجیهی رسمی برگزار کند.
- ضرورت دارد	اعضای تیم برای کدهای فوریت های مامایی (اورژانس) و احیا مشخص باشد.
- ضرورت دارد	بیمارستان شرایطی برای حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر در لیبر و زایمان را فراهم کند.
- ضرورت دارد	بیمارستان شرایطی برای حضور همراه در کنار مادر در بخش را فراهم کند.
- ضرورت دارد	دوره های آموزشی منظم و به روز برای احیا نوزاد و بزرگسال برگزار شود.
- ضرورت دارد	آمار و اطلاعات تمام فعالیت ها و موارد مرگ در بیمارستان ثبت و موجود باشد.
- توصیه می شود	پروتکل درمانی فوریت های مامایی به صورت پوستر در بلوک زایمان نصب شود.
- توصیه می شود	جلسات منظم بازنگری در بلوک زایمان یا توجه به پرونده های بیماران و با شرکت ماماها، متخصصین زنان، متخصصین کودکان و بیهوشی برگزار شود.
- توصیه می شود	ممیزی ماهانه مراقبت های بارداری، مرگ مادر یا وقایع بحرانی نزدیک به مرگ و عملکرد پرسنل انجام شود.
- توصیه می شود	برنامه ای برای پایش و ارزشیابی علمی و مهارت عملی کارکنان و ارائه پس خوراند به آنان وجود داشته باشد.
- توصیه می شود	سیاست توافق شده ای برای انتقال چنین در داخل رحم از این سطح به سطح بالاتر وجود داشته باشد.
- توصیه می شود	با توجه به نیازسنجی کارکنان امکان شرکت آنان در دوره های آموزشی مدون باشد.

- پیشنهاد می شود پروتکل داخلی شفافی برای اطلاع و ارجاع به پزشک متخصص وجود داشته باشد.
- پیشنهاد می شود سیاست مشخص و توافق شده در بیمارستان برای اقدامات پزشک، ماما، نیروهای درگیر پارامدیکال و آمبولانس و ارتباط کاری آنان وجود داشته باشد.

نیروی انسانی

این سطح عموماً تحت هدایت ماما است و ماما در حیطه وظایف خود و زیر نظر متخصص زنان و زایمان فعالیت می کند. تعداد نیروها باید بر اساس استاندارد های تعیین شده باشد.

مهارت های لازم

- آشنایی با اصول گرفتن شرح حال
- آشنایی با پروتکل های کشوری (دستورالعمل های خارج بیمارستانی، راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان، ایمن سازی نوزاد، دستورالعمل ترویج تغذیه با شیرمادر، بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم داخل بیمارستان، بسته خدمتی احیا نوزاد و سطح بندی خدمات مراقبت مادر و نوزاد، ...)
- آشنایی با اصول زایمان فیزیولوژیک
- آشنایی با اصول بیمارستان دوستدار مادر
- آشنایی با روش های کاهش درد دارویی زایمان
- آشنایی با اصول احیای مادر و نوزاد
- آشنایی با دوره آمادگی برای زایمان
- توانایی تفسیر پارتوگراف، کاردیوتوگراف و نوار مانیتورینگ الکترونیکی قلب جنین
- توانمندی استفاده از واکيوم
- مهارت در شناسایی مادران پرخطر و مدیریت فوریت های مامایی (مانند اکلامپسی، چند قلوئی، پرولاپس پلنتاف، دیستوشی شانه، زایمان سخت، ...) و Stable نمودن بیماران قبل از اعزام

بیمارستان های سطح دو ارائه خدمات

در بیمارستان های سطح دو مادران با خطر متوسط و از هفته ۳۲ بارداری به بعد و نوزاد با وزن تقریبی بالای ۱۵۰۰ گرم بستری می شوند. مراکزی که علاوه بر امکانات سطح ۱ و تخصص جراحی، داخلی، زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی، متخصصین رشته های دیگر از جمله قلبی، مغز و اعصاب، عفونی، رادیولوژی و پاتولوژی را دارد. این سطح باید مجهز به (ICU intermediate) باشد و می تواند امکانات ارائه تهویه غیر تهاجمی به نوزاد و تهویه مکانیکی تهاجمی کمتر از ۶ ساعت را داشته باشد. متخصصین زنان، کودکان و بیهوشی در بیمارستان مقیم هستند و بقیه متخصصین در شیفت صبح در بیمارستان حضور داشته و در بقیه ساعات مقیم یا آنکال هستند (متخصص جراحی عمومی در ساعات آنکالی حداکثر ظرف مدت ۲۰ دقیقه در دسترس خواهد بود).

زایمان طبیعی کم خطر می تواند توسط ماما انجام شود. انجام سزارین و زایمان های مشکل برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می شود. در بیمارستان های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما یا دانشجویان پزشکی یا مامائی یا دستیاران زنان زیر نظر مربیان مربوطه و متخصصین زنان قابل انجام است، انجام سزارین و زایمان های پر خطر برای مادر یا نوزاد مانند بیمارستان های غیر آموزشی انجام می شود.

ICU intermediate- High dependency care unit*

خدماتی مابین بخش عمومی و ICU را ارائه می دهد و در نزدیک ICU قرار دارد. وضعیت بیمار در این بخش به طور مداوم (۲۴ ساعت) مانیتور و ثبت می شود.

چه مادرانی در این بخش بستری می شوند:

- بیمارانی با آسیب به یک ارگان (single organ failure) و در صورتی که نیاز به ونتیلاتور مکانیکی ندارد.
- بیمارانی که به مراقبت بیشتری نسبت به بخش عمومی نیاز دارند
- بیمارانی که از بخش ICU می توانند ترخیص شود و نیاز به مراقبت بیشتری از بخش عمومی دارند.
- بیمارانی که پس از عمل نیاز به چند ساعت مانیتور بیشتر دارد.
- نسبت ماما/ پرستار به بیمار در این بخش: ۱ به ۲ و وجود یک ماما/ پرستار آنکال.
- پرسنل ارائه دهنده خدمت: متخصص بیهوشی، متخصص زنان، ماما/ پرستار
- در این بخش باید دسترسی فوری به کادر تخصصی پزشکی ICU وجود داشته باشد.
- امکان مشاوره دائم با کادر ICU باشد.
- دوره های آموزش تئوری و عملی و ممیزی مداوم برای پرسنل برگزار شود.

خدمات

علاوه بر خدماتی که در سطح یک انجام می شود:

- ارزیابی پیش از تولد جنین مانند آمنیوسنتز (برای جهوریقی، دلتا OD)
 - جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپد، اورولوژی، کاردیولوژی، ژنتیک، طب داخلی
- در بیمارستان های سطح دو به مادرانی با شرایط زیر می تواند خدمت ارائه شود:

مراقبت های بارداری	بستری در بارداری	بستری برای زایمان و پس از زایمان
کلیه اندیکاسیونهای سطح ۱	کلیه اندیکاسیونهای سطح ۱	کلیه اندیکاسیون های سطح ۱
فشار خون مزمن بدون End Organ Damage یا کنترل مناسب نادرین	فشار خون مزمن	جهت سر راهی
پره اکلامپسی یا سابقه آن بالای ۳۴ هفته (در موارد زیر ۳۴ هفته پس از مشاوره با سطح ۳)	پره اکلامپسی بالای ۲۴ هفته (در موارد زیر ۲۴ هفته پس از مشاوره با سطح ۲)	دوقلوئی بالای ۳۲ هفته
سابقه پره اکلامپسی شدید (مشاوره با سطح ۳)	پارگی کیسه آب بالای ۳۲ هفته	آمبولی ریه (تثبیت وضعیت مادر و ارجاع به سطح ۳)
انواع دیابت (به شرط عدم وجود End Organ Damage) در صورت امکان ارجاع به سطح ۳	پیلو تفریت	پلی هیدرامنیوس متوسط تا شدید و الیگو هیدرامنیوس
آئمی شدید مادر $Hb > 7$ (مشاوره با سطح ۳)	شکم حاد بارداری	IUGR ترم، بالای ۱۰۰۰ گرم
بیماریهای قلبی low risk و moderate risk (در صورت وجود کاردیولوژیست)	پره ترم بالای ۳۲ هفته یا وزن جنین بالای ۱۸۰۰ گرم که دردهای زایمانی را بتوان مهار کرد.	مادر معتاد
بیماریهای زمینه ای مادر (کلیوی - خونی، ...)	پنومونی	مادر تب دار
(مشاوره با سطح ۲)	مننژیت	زایمان پره ترم ۳۲ هفته و بالاتر
دوقلوئی بدون عارضه	تب با علت ناشناخته	آبله مرغان حین زایمان
پلی هیدرامنیوس و الیگو هیدرامنیوس (مشاوره با سطح ۳)	بیماریهای زمینه ای مادر (کلیوی، خونی، ...)	مادر نچاپتیک
سابقه دو بار یا بیشتر دگلمان (کنترل تا ۲۸ هفته بارداری)	تهوع و استفراغ شدید کنترل نشده	آئمی شدید
هیپرتیریدی کنترل شده	DVT	بیماریهای قلبی low و moderate risk (در صورت وجود کاردیولوژیست)
< 40 نمایه توده بدنی < 25	انواع نیابت در بارداری بدون نارسایی عضوی	IUFD
post date	گستاز بارداری	پره اکلامپسی شدید
ابتلاء به TORCH (مشاوره با سطح ۳)	آئمی شدید	اکلامپسی بدون organ failure
صرع	پلی هیدرامنیوس شدید (پس از مشاوره با سطح ۳)	PROM > ۳۲ w
مادر معتاد (مطابق پروتکل)	بیماریهای قلبی low و moderate risk (در صورت وجود کاردیولوژیست)	سپسیس بعد از زایمان و در صورت پاسخ به درمان تا ۴۸ ساعت
آسم		
	DVT	

تجهیزات

علاوه بر تجهیزات سطح یک:

- اندازه گیری میزان متیوزیم خون، فیبریینوژن و سنجش ۲۴ ساعته گازهای خونی

- دسترسی به امکانات پیشرفته ی رادیولوژی مانند MRI, CT- SCAN
امکان انجام آزمایش های پاتولوژی مناسب

سایر امکانات:

- بخش high risk pregnancy مطابق استاندارد

- سرویس های اقامتی با توجه به شرایط منطقه (مطابق طرح اسکان)

نیروی انسانی

نیروی انسانی استاندارد در بلوک زایمان

مهارت های لازم

- آشنایی با اصول گرفتن شرح حال

- آشنایی با پروتکل های کشوری (دستورالعمل های خارج بیمارستانی، راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان، ایمن سازی نوزاد، دستورالعمل ترویج تغذیه با شیرمادر، بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم داخل بیمارستان، بسته خدمتی احیا نوزاد و سطح بندی خدمات مراقبت مادر و نوزاد، ...)

- آشنایی با اصول زایمان فیزیولوژیک

- آشنایی با اصول بیمارستان دوستدار مادر

- آشنایی با روش های کاهش درد دارویی زایمان

- آشنایی با اصول احیای مادر و نوزاد

- آشنایی با دوره آمادگی برای زایمان

- توانایی تفسیر پارتوگراف، کاردیاتوگراف و نوار مانیتورینگ الکترونیکی قلب جنین

- توانمندی استفاده از واکسیم

- مهارت در شناسایی مادران پر خطر و مدیریت فوریت های مامایی (مانند اکلامپسی، چند قلوبی، پرولاپس بندناف، دیستوشی شانه زایمان سخت، ...) و Stable نمودن بیماران قبل از اعزام

سازماندهی

موارد زیر در قالب حاکمیت بالینی دیده شود:

- | | |
|--------------|--|
| - ضرورت دارد | بیمارستان فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی بلوک زایمان را مطابق استاندارد رعایت کند. |
| - ضرورت دارد | بخش یا اتاق جداگانه ای برای مراقبت های پس از زایمان وجود داشته باشد. |
| - ضرورت دارد | بیمارستان پروتکل مشخصی (راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان، ...) برای ارائه خدمات داشته باشد. |
| - ضرورت دارد | شرح وظایف ماماها در بلوک زایمان و بخش مشخص باشد. |
| - ضرورت دارد | محدودیت های این سطح برای ارائه خدمات و امکان انتقال مادر در موارد خطر به مادر اطلاع داده شود. |

-	ضرورت دارد	بیمارستان برای تمامی نیروهای جدید (ماما و پزشک) دوره توجیهی رسمی برگزار کند.
-	ضرورت دارد	اعضای تیم برای کدهای فوریت های مامایی (اورژانس) و احیا مشخص باشد.
-	ضرورت دارد	بیمارستان شرایطی برای حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر در لیبر و زایمان را فراهم کند.
-	ضرورت دارد	بیمارستان شرایطی برای حضور همراه در کنار مادر در بخش را فراهم کند.
-	ضرورت دارد	دوره های آموزشی منظم و به روز برای احیا نوزاد و بزرگسال برگزار شود.
-	ضرورت دارد	آمار و اطلاعات تمام فعالیت ها و موارد مرگ در بیمارستان ثبت و موجود باشد.
-	توصیه می شود	پروتکل درمانی فوریت های مامایی به صورت پوستر در بلوک زایمان نصب شود.
-	توصیه می شود	جلسات منظم بازنگری در بلوک زایمان با توجه به پرونده های بیماران و با شرکت ماماها، متخصصین زنان، متخصصین کودکان و بیهوشی برگزار شود.
-	توصیه می شود	ممیزی ماهانه مراقبت های بارداری، مرگ مادر یا وقایع بحرانی نزدیک به مرگ و عملکرد پرسنل انجام شود.
-	توصیه می شود	برنامه ای برای پایش و ارزشیابی علمی و مهارت عملی کارکنان و ارائه پس خوراند به آنان وجود داشته باشد.
-	توصیه می شود	سیاست توافق شده ای برای انتقال جنین در داخل رحم از این سطح به سطح بالاتر وجود داشته باشد.
-	توصیه می شود	با توجه به نیازسنجی کارکنان امکان شرکت آنان در دوره های آموزشی مدون باشد.
-	پیشنهاد می شود	پروتکل داخلی شفاف برای اطلاع و ارجاع به پزشک متخصص وجود داشته باشد.
-	پیشنهاد می شود	سیاست مشخص و توافق شده در بیمارستان برای اقدامات پزشک، ماما، نیروهای درگیر پارامدیکال و آمبولانس و ارتباط کاری آنان وجود داشته باشد.

بیمارستان های سطح سه ارائه خدمات

در بیمارستان های سطح سه تمامی مادران با بارداری و زایمان های پر خطر بستری می شوند.

مراکزی که علاوه بر امکانات سطح ۲ مجهز به ICU پیشرفته (Obstetric ICU) مجهز به مانیتور الکترونیک قلب جنین و پرسنل دوره دیده در امور مامایی است) و CCU و NICU است و علاوه بر متخصصین موجود در سطح ۲ دارای فوق تخصص پری ناتولوژی، فوق تخصص نوزادان و فوق تخصص جراحی کودکان است. دسترسی به بقیه تخصص ها و فوق تخصص ها نیز بسته به نیاز جهت مشاوره فوری (تلفن ، فاکس ، ...) وجود دارد. فوق تخصص پری ناتولوژی و فوق تخصص نوزادان در شیفت صبح در بیمارستان حضور داشته و در بقیه شیفت ها برای انجام مشاوره فوری در دسترس می باشند. این مراکز دارای اتاق عمل و بخش های بستری برای تخصص های فوق است. متخصص زنان و زایمان، متخصص بیهوشی و متخصص کودکان دوره دیده و یا فلوی نوزادان در این بیمارستان مقیم هستند و جراح اطفال در دسترس دائم قرار دارد. زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما انجام می شود. انجام سزارین و زایمان های پر خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان تحت نظارت پری ناتولوژیست یا منحصراً توسط پری ناتولوژیست بسته به مورد انجام می شود. در بیمارستان های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما یا دانشجویان پزشکی یا مامائی یا دستیاران زنان زیر نظر مربیان مربوطه و متخصصین زنان قابل انجام است. انجام سزارین و زایمان های پر خطر برای مادر یا نوزاد مانند بیمارستان های غیر آموزشی انجام می شود. بدلیل محدودیت تعداد، امکانات و تجهیزات موجود در این سطح بیمارستانی و لزوم پرداختن این سطح به موارد فوق تخصصی می توان پس از بررسی های لازم، در صورت صلاحدید، مادر و یا نوزاد را برای ادامه اقدامات لازم به سطوح پایین تر ارجاع داد.

خدمات

- مراقبت پریناتال برای مادران با بارداری پر خطر
- بستری مادران با بارداری پر خطر
- ارزیابی خطر جهت بیماران مامایی و ارائه خدمات
- توانایی مدیریت اورژانسهای مامایی توسط کارکنان ماهر
- توانایی انتقال اورژانسی بیماران
- توانایی انجام C/S اورژانسی
- توانایی تامین خون بصورت ۲۴ ساعته (شامل O منقی و تایپ و کراس مج)
- ارائه خدمات داروخانه ای
- وجود سرویس بیهوشی (مقیم)
- وجود تکنسین رادیولوژی (مقیم)
- وجود سرویس آزمایشگاهی بالینی (مقیم)
- ارائه خدمات سونوگرافی
- توانایی مونیتورینگ مداوم الکترونیک جنین
- توانایی انجام تست های ارزیابی سلامت جنین (NST, OCT, BPP)

- ارزیابی پیش از تولد جنین مانند آمنیوسنتز (برای مجهریتی، دلتا OD)
- جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپد، اورولوژی، کاردیولوژی، ژنتیک، طب داخلی
- برنامه های آموزشی برای خانواده (مادر، همسر و وابستگان) در مورد علائم خطر بارداری و پس از زایمان

تجهیزات

- علاوه بر تجهیزات سطح دو:
- وجود یک فضای ریکاوری پس از عمل و مراقبت یک به یک تا حداقل ۳۰ دقیقه.
- دسترسی سریع به ICU
- وجود حداقل یک اتاق عمل اختصاصی زایمان به ازای هر ۳۰۰۰ زایمان در سال. پرسنل و تجهیزات باید به گونه ای فراهم باشد که طی ۲۰ دقیقه از زمان تصمیم گیری امکان عمل وجود داشته باشد.
- دستگاه سونوگرافی سالم و با کیفیت بالا، تمام مدت در بلوک زایمان وجود داشته باشد. باید امکان آمنیوسنتز وجود داشته باشد.
- تجهیزات دستگاه سونوگرافی سه بعدی و چهار بعدی داپلر
- حداقل دو دستگاه مانیتور الکترونیکی جنین به ازای هر ۱۰۰۰ زایمان در سال. باید امکان مانیتور حاملگی های چند قلو وجود داشته باشد.
- پمپ انفوزیون حداقل یک عدد در بلوک زایمان
- امکان اندازه گیری گاز های خونی pO_2 ، pCO_2 و pH
- امکان انجام آزمایش های مختلف میکروبی، اندرار و مایعات و کشت در تمام شبانه روز
- امکان انجام آزمایش های هماتولوژی و بیوشیمیایی در تمام شبانه روز
- امکان انجام کراس منج و دسترسی سریع به خون و فرآورده های خونی. دسترسی دو واحد خون O^- و انجام کراس منج ظرف ۳۰ دقیقه از ارسال نمونه
- امکان ارزیابی جنین (رشد و بیوفیزیکیال پروفایل) و خدمات تشخیصی تهاجمی مانند آمنیوسنتز و کوردوسنتز
- خدمات تخصصی در دسترس برای پاتولوژی پریناتال
- دسترسی به امکانات پیشرفته ی رادیولوژی مانند MRI, CT-SCAN

نیروی انسانی

- نیروی انسانی استاندارد در بلوک زایمان

مهارت های لازم

- آشنایی با اصول گرفتن شرح حال
- آشنایی با پروتکل های کشوری (دستورالعمل های خارج بیمارستانی، راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان، ایمن سازی نوزاد، دستورالعمل ترویج تغذیه با شیرمادر، بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم داخل بیمارستان، بسته خدمتی احیا نوزاد و سطح بندی خدمات مراقبت مادر و نوزاد، ...)
- آشنایی با اصول زایمان فیزیولوژیک
- آشنایی با اصول بیمارستان دوستدار مادر

- آشنایی با روش های کاهش درد دارویی زایمان
- آشنایی با اصول احیای مادر و نوزاد
- آشنایی با دوره آمادگی برای زایمان
- توانایی تفسیر پارتوگراف، کاردیاتوگراف و نوار مانیتورینگ الکترونیکی قلب جنین
- توانمندی استفاده از واکیروم
- مهارت در شناسایی مادران پر خطر و مدیریت فوریت های مامایی (مانند اکلامپسی، چند قلوبی، پرولاپس بندناف، دیستوشی شانه زایمان سخت، ...) و Stable نمودن بیماران قبل از اعزام

سازماندهی

موارد زیر در قالب حاکمیت بالینی دیده شود:

- ضرورت دارد	بیمارستان فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی بلوک زایمان را مطابق استاندارد رعایت کند.
- ضرورت دارد	بخش یا اتاق جداگانه ای برای مراقبت های پس از زایمان وجود داشته باشد.
- ضرورت دارد	بیمارستان پروتکل مشخصی (راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان، ...) برای ارائه خدمات داشته باشد.
- ضرورت دارد	شرح وظایف ماماها در بلوک زایمان و بخش مشخص باشد.
- ضرورت دارد	محدودیت های این سطح برای ارائه خدمات و امکان انتقال مادر در موارد خطر به مادر اطلاع داده شود.
- ضرورت دارد	بیمارستان برای تمامی نیروهای جدید (ماما و پزشک) دوره توجیهی رسمی برگزار کند.
- ضرورت دارد	اعضای تیم برای کدهای فوریت های مامایی (اورژانس) و احیا مشخص باشد.
- ضرورت دارد	نقش ماما در مدیریت بارداری های پر خطر دیده شود.
- ضرورت دارد	بیمارستان شرایطی برای حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر در لیبر و زایمان را فراهم کند.
- ضرورت دارد	بیمارستان شرایطی برای حضور همراه در کنار مادر در بخش را فراهم کند.
- ضرورت دارد	دوره های آموزشی منظم و به روز برای احیا نوزاد و بزرگسال برگزار شود.
- ضرورت دارد	آمار و اطلاعات تمام فعالیت ها و موارد مرگ در بیمارستان ثبت و موجود باشد.
- توصیه می شود	پروتکل درمانی فوریت های مامایی به صورت پوستر در بلوک زایمان نصب شود.
- توصیه می شود	جلسات منظم بازنگری در بلوک زایمان با توجه به پرونده های بیماران و با شرکت ماماها، متخصصین زنان، متخصصین کودکان و بیهوشی برگزار شود.
- توصیه می شود	ممیزی ماهانه مراقبت های بارداری، مرگ مادر یا وقایع بحرانی نزدیک به مرگ و عملکرد پرسنل انجام شود.
- توصیه می شود	برنامه ای برای پایش و ارزشیابی علمی و مهارت عملی کارکنان و ارائه پس خوراند به آنان وجود داشته باشد.
- توصیه می شود	سیاست توافق شده ای برای انتقال جنین در داخل رحم از این سطح به سطح بالاتر وجود داشته باشد.
- توصیه می شود	با توجه به نیازسنجی کارکنان امکان شرکت آنان در دوره های آموزشی مدون باشد.
- توصیه می شود	دسترسی به خدمات مشاوره ژنتیک، جراحی نوزاد و خدمات حمایتی روانشناسی وجود داشته

- پیشنهاد می شود پروتکل داخلی شفافی برای اطلاع و ارجاع به پزشک متخصص وجود داشته باشد.
- پیشنهاد می شود سیاست مشخص و توافق شده در بیمارستان برای اقدامات پزشک، ماما، نیروهای درگیر پارامدیکال و آمبولانس و ارتباط کاری آنان وجود داشته باشد.

در بیمارستان های سطح سه به مادرانی با شرایط زیر می تواند خدمت ارائه شود:

مراقبت های بارداری	بستری در بارداری	بستری برای زایمان و پس از زایمان
کلیه اندیکاسیونهای سطح ۲	کلیه اندیکاسیون های سطح ۲	کلیه اندیکاسیون های سطح ۲
فشارخون مزمن کنترل نشده و یا End organ damage	اختلال هوشیاری، تشنج	اختلال هوشیاری، تشنج
منژیته با کاهش هوشیاری	کوریو آمینیوتیت	کوریو آمینیوتیت و پارگی کیسه آب کمتر از ۳۲ هفته
آمیولی ریه پس از تثبیت وضعیت مادر	منژیته با کاهش هوشیاری	متریت توکسیک
پره ترم کمتر از ۳۲ هفته یا IUGR شدید	IUGR شدید یا پره ترم	منژیته با کاهش هوشیاری
سابقه دیابت طولانی مدت	ناهنجاری viable	HELLP syndrome
بیماری نارسایی عضوی همراه یا بارداری	Trap و TTS	کبد چرب بارداری و مهارتیت
بیماری قلبی شدید	سابقه کاردیومیوپاتی در طی یا بعد از بارداری	IUGR شدید یا پره ترم
نارسایی کلیه	فتدان یا معکوس شدن جریان پایان دیستول قبل از ۳۲ هفته	نگلغان به همراه مرگ داخل رحمی، DIC یا نارسایی کلیه
دو قلوبی یا مشکل، چند قلوبی		نمایه توده بدنی بیش از ۴۰
بیماری های اتوایمیون (میاستینی گراو، ...)		زایمان Trap و TTS
سابقه کبد چرب بارداری		پره اکلامپسی و اکلامپسی یا نارسایی عضوی
سابقه دو بار یا بیشتر نگلغان (کنترل از هفته ۲۸ بارداری)		ناهنجاری جنین یا قابلیت حیات
بیماری هیپرتنزیوئیدی و هیپوتنزیوئیدی کنترل نشده		پره اکلامپسی کمتر از ۳۴ هفته که نیاز به ختم بارداری داشته باشد
نمایه توده بدنی < ۴۰		زایمان پره ترم کمتر از ۳۲ هفته یا وزن جنین کمتر از ۱۵۰۰ گرم
جنین ناهنجار یا قابلیت حیات		جفت سرراهی اکرتا و اینکرتا (گرید ۱و۳ که درحال خونریزی فعال نیستند)
آسم کنترل نشده و هر نوع بیماری ریوی		PROM < ۳۲ W
		سپسیس بعد از زایمان و در صورت عدم پاسخ به درمان تا ۱۸ ساعت
		چند قلوبی (بیش از دو قلو)

شماره ۱۳۳۴
تاریخ ۱۳۹۱/۲/۲۰
پست

بسمه تعالی



دفتر وزیر

رئیس / سرپرست محترم دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

بسلام و تحیات؛

کاهش مرگ و میر مادران باردار یکی از شاخصهای مهم توسعه و از اهداف توسعه هزاره می باشد. با توجه به هدف گذاری کمی شورای عالی سیاستگذاری وزارت متبوع در برنامه پنجم توسعه، نسبت مرگ مادران کشور تا پایان سال ۱۳۹۴ باید به رقم ۱۵ در صد هزار تولد زنده برسد. بر اساس نامه شماره ۲/۶۲۷۱۱ ب س مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۲۲ و نامه شماره ۲/۱۵۶۶۵ ب مورخ ۱۳۸۸/۱۲/۱۰ تمام بیمارستانهای دولتی و غیر دولتی ملزم به رعایت ده اقدام بیمارستان دوستدار مادر تا سال ۱۳۹۲ می باشند همچنین بیمارستانها می بایست استانداردهای فضای فیزیکی، تجهیزات، نیروی انسانی و خدمات مامایی مطابق نامه شماره ۴۰۰/۱۵۸۷ د مورخ ۱۳۸۹/۹/۲۱ را رعایت نمایند. با توجه به اینکه دریافت لوح بیمارستان دوستدار مادر در مجموعه استانداردهای نظارت و اعتبار بخشی بیمارستانها منظور شده است لازم است به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامت مادران، بهبود شرایط زایمان و کیفیت خدمات نسبت به اجرای هر چه سریعتر برنامه بیمارستان دوستدار اقدام گردد.

دکتر وحید دستجردی
وزیر

رونوشت:

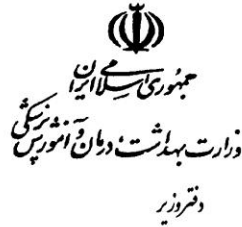
✓ جناب آقای دکتر مصداتی نیا معاون محترم بهداشت جهت اطلاع

✓ ۱۳۹۱/۶/۱۹

مدیر کل دفتر	معاون دفتر	کارشناس مسئول	کارشناس

برتعالی

شماره ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰
تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۱۲
پوست



دبیر وزیر

رئیس محترم کمیسیونهای پزشکی قانونی
رئیس محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

در راستای ارتقا سلامت مادران و کاهش مرگ و میر و افزایش اثربخشی خدمات به این گروه " راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان " توسط کمیته کشوری اعتلای سلامت مادران و بر اساس علوم مبتنی بر شواهد و کتب مرجع در وزارت متبوع تهیه و توسط هیئت مورد تخصصی زنان و زایمان تائید شده است . این راهنما پس از آموزش به عنوان مرجع علمی به دانشگاههای علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید .

بنابراین به منظور یکسان سازی معیار قضاوت و جلوگیری از اعمال نظرهای شخصی ، مقتضی است از مجموعه فوق برای کارشناسی پرونده ها به عنوان مرجع قضاوت در کمیسیونهای تخصصی استفاده گردد . بدیهی است در خصوص مباحثی که در این راهنما به آنها پرداخته نشده ، منابع علمی معتبر برای قضاوت مورد استفاده قرار گیرد .

دکتر وحید دستجردی
وزیر

رونوشت:

سرکار خانم دکتر ترکستانی جهت اطلاع و اقدام لازم



بسمه تعالی

«سال تولید ملی»

تاریخ: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

شماره: پ ۱۱۸۴۸۲/

جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق
مدیرکل محترم دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

سلام علیکم

با سلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، احتراماً عطف به نامه شماره ۳۰۲/۸۵۴۲ مورخ ۹۱/۱۰/۳ به استحضار میرساند:
با توجه به قانون سقط جنینی درمانی، انجام سقط جنینی درمانی با تقاضای مادر تا چهار ماه پس از لقاح (حدود ۱۹ هفته از LMP) در صورت وجود سایر شرایط ذکر شده در قانون مجاز می باشد. /ش

دکتر عبدالرزاق برزگر

معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان

سازمان پزشکی قانونی کشور

شماره... ۶۶۲۲/۰۰۴۰۰...
تاریخ... ۱۶/۵/۱۳۹۱...
پست... ۵۰۱۵۰۰۰۰۰۰...

بسمه تعالی


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

رئیس محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: پذیرش مادران باردار

با سلام و احترام

بررسی پرونده های مرگ مادر بر اساس نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در چند سال اخیر حاکی از آن است که کاهش این موارد مستلزم پیشگیری از عوامل قابل اجتناب منجر به فوت می باشد. باتوجه به چالشهایی که در پذیرش مادران در اورژانس عمومی بیمارستانها وجود دارد، به منظور اصلاح گردش کار و پیشگیری از تشخیص و درمان ناصحیح، لازم است تا تمامی مادران مراجعه کننده از زمان بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان (اورژانس و غیر اورژانس) حتی در مواردیکه شکایت اصلی آنان عوارض بارداری و زایمان نمی باشد، از نظر مامایی مورد بررسی قرار گیرند. این بررسی می بایست در اتاق معاینه بلوک زایمان بیمارستانهای جنرال و یا در اورژانس بیمارستانهای تک تخصصی زنان و زایمان توسط متخصص زنان و زایمان یا ماما انجام شود. پس از بررسی های اولیه، موارد غیر مامایی به متخصص مربوطه ارجاع داده شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

رئیس محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: شاخصهای بیمارستان دوستدار مادر

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۳۰۰/۲۳۴۵ مورخ ۹۱/۲/۲۴ در خصوص شرایط دریافت لوح بیمارستان دوستدار مادر به استحضار می‌رساند برنامه عملیاتی سالیانه می‌بایست با توجه به هدف گذاری کمی برای بهبود شاخصها تا پایان برنامه پنجم توسعه سال ۱۳۹۴، به شرح زیر تنظیم شود. بدیهی است اجرای صحیح ده اقدام برنامه دوستدار مادر منجر به دستیابی به اهداف زیر می‌گردد.

۱. سزارین: (CESAREAN SECTION)

کاهش ۱۰ درصد میزان سزارین نسبت به وضعیت موجود هر بیمارستان (به طور مثال اگر در یک بیمارستان میزان سزارین ۵۰ درصد است ده درصد وضعیت موجود ۵ درصد است بنابراین این میزان باید برای سال بعد به ۴۵ درصد برسد).

آمار قابل قبول میزان سزارین توسط سازمان جهانی بهداشت ۱۵-۵ درصد می‌باشد بر همین اساس میزان سزارین در بیمارستانهای سطح یک و دو ۲۵-۱۵ درصد و سطح سه ۳۰-۲۵ درصد ایده آل است

۲. القا و تقویت دردهای زایمان (STIMULATION & INDUCTION)

کاهش ۱۰ درصد میزان القای درد زایمان، تقویت درد زایمان و اپی زیاتومی نسبت به وضعیت موجود این میزانها در هر بیمارستان.

میزان القای درد زایمان و تقویت درد زایمان و کمتر از ۳۰ درصد ایده آل است. مخرج کسر برای محاسبه شاخص تقویت و القای درد زایمان کل زایمانهای طبیعی و سزارین منهای سزارینهای تکراری می‌باشد.

۳. اپی زیاتومی (EPISIOTHOMY)

کاهش ۱۰ درصد میزان اپی زیاتومی نسبت به وضعیت موجود در هر بیمارستان.

میزان اپی زیاتومی کمتر از ۳۰ درصد ایده آل است. مخرج کسر برای محاسبه میزان اپی زیاتومی تعداد کل زایمانهای طبیعی می‌باشد.

۴. روشهای بی دردی و کاهش درد زایمان (PHARMACOLOGIC & NON PHARMACOLOGIC PAIN)

(RELIEF)

افزایش ۲۰ درصدی پوشش استفاده از روشهای بی دردی و کاهش درد نارویی و غیر نارویی نسبت به وضعیت موجود

استفاده از روشهای غیر نارویی کاهش درد زایمان مانند: ماساژ، آب درمانی، اجازه حرکت به مادر در لیبر، انجام زایمان در وضعیتهای مختلف و ... و روشهای بی درد نارویی نظیر اتونکس و اپیدورال در بیش از ۸۰ درصد زایمانها ایده آل است.

لازم به ذکر است در صورت دسترسی به اهداف ایده آل یا کاهش سالانه در خصوص شاخصها، امتیاز اعتبار بخشی بیمارستان لحاظ می گردد.

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

شماره ... ۸۸۱۴ / ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰
تاریخ ... ۱۳۹۱ / ۰۷ / ۱۱
پست ... ۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰

بسمه تعالی



معاونت بهداشت

معاونت درمان

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: مراکز جراحی محدود

با سلام و احترام

بررسی ها نشان می دهد در برخی از مراکز جراحی محدود کشور، عمل سزارین و زایمان طبیعی انجام می شود. از آنجایی که وضعیت سلامت مادر حین و پس از زایمان و وضعیت نوزاد قابل پیش بینی نیست، ممکن است نیاز به خدمات ویژه و تخصصی داشته باشد. همچنین مادر پس از زایمان طبیعی تا ۲۴ ساعت و پس از سزارین تا ۴۸ ساعت می بایست بستری شود که درمان موثر و به موقع و رعایت موارد مذکور در این مراکز امکان پذیر نمی باشد، بنابراین انجام عمل سزارین (الکتیو یا اورژانس) و زایمان طبیعی در مراکز جراحی محدود مجاز نیست. شایان ذکر است که این موضوع طی نامه شماره ۲/۱۶۹۶۸۴ مورخ ۸۱/۱۲/۱۸ معاون سلامت محترم وقت نیز تاکید شده است.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: شیوه نامه استاد معین

با سلام و احترام

به منظور بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی و بهره مندی متخصصین زنان از تجربیات علمی و عملی متخصصین با تجربه در کشور و همچنین تسریع در روند درمان مادران باردار، شیوه نامه اجرای برنامه استاد معین در برنامه سلامت مادران ابلاغ می گردد.

شیوه نامه اجرای برنامه استاد معین در برنامه سلامت مادران

هدف از ایجاد برنامه استاد معین، استفاده از تجربیات علمی و عملی متخصصین با تجربه دانشگاه ها به منظور کاهش مرگ مادران و عوارض ناشی از بارداری و زایمان است.

استاد معین

متخصص زنان و زایمان و عضو هیات علمی دانشگاه است. مستقر در بیمارستان های سطح ۲ و ۳ و وظیفه حمایت علمی متخصصین زنان شاغل در مراکز دولتی و غیر دولتی شهرستان های تابعه خود را به عهده دارد.

- بدیهی است همانند سایر مشاوره ها، مسئولیت بیمار مورد مشاوره به عهده پزشک معالج است.

- بدیهی است مسئول فنی و معاون درمان بیمارستان (مبدا و مقصد) موظف به حمایت و اجرای دستورات استاد معین می باشند.

متولی اصلی برنامه استاد معین، رئیس دانشگاه و نظارت بر حسن اجرای کار به عهده معاون درمان و معاون آموزشی است.

چگونگی اجرا

- ۱ - برنامه زمان بندی شده به صورت ماهانه برای اعضای هیات علمی تعیین شود.
- ۲ - برنامه ماهانه در بیست و پنجم هر ماه برای ماه آتی به تمامی بیمارستان های تابعه شهرستان نمایر شود.
- ۳ - در برنامه ماهانه شماره تماس، شماره نمایر و پست الکترونیکی اساتید معین و سوپروایزر کشیک بیمارستان آموزشی درج شود.
- ۴ - اساتید معین باید در کل زمان تعیین شده در دسترس باشند.
- ۵ - مسئولیت برقراری تماس به عهده سوپروایزر کشیک بیمارستان و گزارش وضعیت بیمار به استاد معین به عهده متخصص زنان است. گزارش ماهانه مشاوره ها توسط سوپروایزر کشیک بیمارستان مبدا به کارشناس درمان داده می شود.

- ۶ - در پرونده بیمار، نتیجه مشاوره، نام استاد مشاور (معین)، تاریخ و زمان انجام توسط درخواست کننده مشاوره ثبت گردد.
 - ۷ - لیست مشاوره های اساتید معین در پایان هر ماه به معاونت درمان دانشگاه ارسال شود.
 - ۸ - دانشگاه ملزم است هر شش ماه (۱۵ مهرماه و ۱۵ فروردین ماه) گزارش مشاوره های انجام شده را به دفتر سلامت خانواده و جمعیت اعلام نماید.
 - ۹ - عدم همکاری اساتید معین می بایست به مدیر گروه زنان هر دانشگاه اطلاع داده شود.
- میزان مشارکت فعال اعضای هیئت علمی در برنامه به عنوان امتیاز موظف آموزشی درمانی در ارتقا محسوب خواهد شد.

دکتر محمد علی محقق
معاون آموزشی

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

رونوشت:

- معاون محترم آموزشی کلیه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی جهت اقدام لازم

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان به عنوان مرجع علمی کشور

با سلام و احترام

به استحضار می‌رساند، در راستای کاهش مرگ مادران، ارتقای سلامت آنان، بهبود کیفیت و افزایش اثر بخشی خدمات "راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان" توسط اداره سلامت مادران و بر اساس علوم مبتنی بر شواهد و کتب مرجع در وزارت متبوع تهیه و توسط هیئت مورد تخصصی زنان و زایمان طی نامه شماره ۱۱۲/ط/ت/م مورخ ۱۳۹۱/۷/۱۱ تأیید شده است.

بر همین اساس کتاب مذکور می‌بایست به عنوان مرجع علمی کشور در ارائه خدمات و آموزشهای مامایی و زایمان (متخصصین زنان و زایمان، ماماها، دانشجویان رشته های فوق و پزشکی) مورد استفاده قرار گیرد. به منظور به روز شدن اطلاعات مجموعه فوق هر سه سال یکبار بازنگری می‌شود.

همچنین با توجه به نامه مقام محترم وزارت به شماره ۱۰۰/۱۰۲۲ مورخ ۱۳۹۱/۷/۱۲ به منظور یکسان سازی معیار قضاوت و جلوگیری از اعمال نظرهای شخصی، برای کارشناسی پرونده ها مجموعه فوق به عنوان مرجع قضاوت در کمیسیونهای تخصصی می‌باشد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: شیوه نامه ارتقاء حضور متخصص زنان و زایمان از فرآیندهای مراقبت مادران

سلام علیکم

بهبود ارتقای سلامت مادران یکی از پیش نیازهای توسعه جوامع می باشد که آرمان توسعه هزاره با عنوان بهبود سلامت مادران در چارچوب بهداشت باروری به آن اشاره دارد. به منظور کاهش مرگ و میر و عوارض دوران بارداری و زایمان تمامی بیمارستانهای دارای بخش زنان و زایمان اعم از آموزشی، غیر آموزشی، درمانی، خصوصی، خیریه، تامین اجتماعی، وابسته به ارگانها و ... می بایست دارای متخصصین زنان و زایمان مقیم و لیست آنکال دوم باشند. (به استناد نامه های شماره ۲۰۰۴/س/ام مورخ ۸۹/۵/۳۱، شماره ۱۵۸۵۳۰ مورخ ۸۹/۴/۲۹ مقام محترم وزارت و شماره ۲/۱۰۰۷۱ ب مورخ ۸۹/۵/۳۰ و شماره ۱۱۱۳۶۹/ب مورخ ۸۹/۶/۱۵ مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و شماره ۴۰۰/۷۶۷۲ مورخ ۹۰/۳/۲۹)

بیمارستانهای آموزشی:

در تمام ساعات شبانه روز می بایست یک متخصص زنان هیئت علمی یا غیر هیئت علمی مقیم باشد. رزیدنت ارشد بیمارستان موظف است تمام گزارشهای خود را به اطلاع پزشک مقیم برساند. پزشک مقیم غیر هیئت علمی نیز مسئولیت آموزش به رزیدنتها و مراقبت از بیمار را دارد و در صورت لزوم و صلاحدید، گزارش را به اطلاع متخصص هیئت علمی آنکال برساند.

تعریف پزشک مقیم: پزشکی که در ساعات اداری و غیر اداری در بیمارستان بوده و امکان حضور فیزیکی فوری بر بالین بیمار را داشته باشد. ایجاد فضای اقامت برای پزشک مقیم در بیمارستان الزامی است. در صورت وجود پانسیون در محوطه بیمارستان نیازی به ایجاد فضای فوق نمی باشد. حداکثر تعداد شیفت پزشکان مقیم در هر ماه، معادل ۱۵ شب غیرمتوالی است.

ضمناً تعیین لیست ماهانه آنکال دوم در کلیه بیمارستانها الزامی می باشد.

بیمارستان غیر آموزشی:

مقیم بودن پزشک متخصص زنان در بیمارستانهای دارای سه متخصص زنان و زایمان و بیشتر الزامی است. در بیمارستانهایی که کمتر از سه متخصص زنان و زایمان دارند، می بایست لیست آنکال اول و آنکال دوم تهیه شود. در صورت اطلاع از بیمار اورژانسی، حضور آنکال اول بر بالین بیمار در مدت کمتر از بیست دقیقه الزامی است. در صورتیکه به علت اورژانس بودن وضعیت بیمار، دستورات تلفنی صادر شده است ثبت دستورات

توسط متخصص زنان در پرونده در کمتر از بیست دقیقه الزامی است. فعالیت آنکال اول در ساعات نوبت کاری، در مراکز خصوصی و مطب غیر مجاز است.

بیمارستانهای دارای یک متخصص زنان و زایمان:

متخصص زنان می بایست همیشه آنکال باشد بنابراین مجاز به فعالیت در مراکز خصوصی و مطب نمی باشد. دانشگاهها موظف به پرداخت ثابت بر اساس شرایط متخصص های همان منطقه به وی می باشند. تامین پرداختها از محل اعتبارات دانشگاه ردیف اعتباری ۳۰۲۰۲ وزارت بهداشت در چهار چوب مقررات می باشد.

تبصره: در صورت مرخصی متخصص مربوطه حتماً برای اطلاع و تعیین جانشین با رئیس بیمارستان یا دانشگاه هماهنگ گردد. مرخصی همزمان متخصصین زنان بدون تعیین جانشین تحت هر شرایطی ممنوع و نقض قوانین و مقررات خواهد بود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

شیوه نامه غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین

با توجه به ابلاغیه شماره ۳۰۲/۲۵۰۱۳ مورخ ۹۰/۸/۱۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می بایست به مادران باردار، غربالگری ناهنجاری جنین شامل مشکلات کروموزومی و نقص لوله عصبی پیشنهاد گردد.

مراحل غربالگری

۱- مشاوره با خانم باردار

با توجه به محدودیت زمان اخذ مجوز سقط قانونی و ضرورت آگاهی والدین برای انتخاب غربالگری ناهنجاری جنین، مشاوره باید در اولین ملاقات بارداری (هفته ۶ تا ۱۰ بارداری) انجام شود.

در گفتگو با خانم باردار، اطلاعات زیر آرایه می شود:

- ❖ برخی اختلالات کروموزومی (تریزومی ها) در این غربالگری کشف می شود که شایع ترین آن، سندرم داون است.
- ❖ سندرم داون وقتی اتفاق می افتد که در زمان تقسیم سلولی، جنین به جای ۴۶ کروموزوم، ۴۷ کروموزوم داشته باشد. (کروموزوم ۲۱ اضافه)
- ❖ سندرم داون ممکن است به صورت تصادفی در هر بارداری اتفاق بیفتد.
- ❖ حتی اگر سابقه فامیلی، خانوادگی و یا سابقه زایمان قبلی نوزاد مبتلا به سندرم داون وجود نداشته باشد، احتمال وقوع این عارضه در بارداری فعلی همچنان وجود دارد.
- ❖ با افزایش سن مادر، خطر وقوع سندرم داون افزایش می یابد، به گونه ای که:
 - در زنانی که در طیف سنی ۲۰-۲۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۱۵۰۰ مورد بارداری (۱:۱۵۰۰) است.
 - در زنانی که در طیف سنی ۳۰-۳۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۹۰۰ مورد بارداری (۱:۹۰۰) است.
 - در زنانی که در طیف سنی ۴۰ و بالاتر سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۱۰۰ مورد بارداری (۱:۱۰۰) است.
- ❖ نتایج غربالگری ناهنجاری جنین فقط میزان خطر را نشان می دهد. نتایج تستهای تشخیص قطعی مثل آمنیوسنتز یا CVS ملاک ختم بارداری است.
- ❖ انجام غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین هزینه بر است و نیازمند مراجعه به مراکز معتبر و افراد متبحر در شهرستان محل اقامت یا خارج از محل اقامت می باشد.
- ❖ اگر نتیجه غربالگری نشان دهنده خطر پایین (Low risk) باشد، نیاز به انجام روش های تشخیصی تهاجمی نیست، زیرا احتمال وقوع سندرم داون کم است. چنانچه نتیجه غربالگری نشان دهنده خطر بالا (High risk) و مثبت باشد، از آنجا که نتیجه مثبت به معنای ابتلا جنین به سندرم داون نیست، برای تشخیص قطعی نیاز به انجام روش های تهاجمی شامل CVS (نمونه برداری از پرزهای بافت کوریون جفت) و آمنیوسنتز (نمونه گیری از مایع آمنیوتیک) است. این روش ها ممکن است با عارضه همراه باشد.
- ❖ جدی ترین عارضه روش های تشخیص تهاجمی، احتمال سقط جنین سالم است. طیف وقوع این عارضه بین ۱ در ۱۰۰ تا ۱ در ۲۰۰ مورد (۱:۱۰۰ تا ۱:۲۰۰) متغیر است.

۲- غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه اول بارداری

در صورتی که پس از مشاوره، والدین متقاضی انجام غربالگری باشند، غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه اول (combined test) به شرح زیر درخواست می شود:

combined test شامل:

- آزمایش free β hCG (human chorionic gonadotropin)
 - آزمایش PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A)
 - سونوگرافی NT (nuchal translucency) استاندارد
- زمان انجام غربالگری سه ماهه اول، شروع هفته ۱۱ تا ۱۳ هفته + ۶ روز بارداری است.

چنانچه انجام سونوگرافی NT امکان نداشته باشد،

آزمایش غربالگری سه ماهه اول + غربالگری سه ماهه دوم (Integrated) توصیه می شود.

نتایج

۱- اگر نتیجه غربالگری سه ماهه اول، پر خطر (high risk) باشد، مادر باید در اسرع وقت توسط متخصص زنان و زایمان یا پره ناتالوژیست بررسی تکمیلی (آمیوسنتز یا CVS) شود.

۲- اگر نتیجه غربالگری، در معرض خطر (intermediate/moderate risk) باشد، لازم است غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه دوم نیز درخواست شود. به این منظور کوادمارکر درخواست می شود و مجموع نتایج غربالگری سه ماهه اول و دوم با تاکید بر انجام در همان آزمایشگاه، مبنای قضاوت قرار می گیرد. (Sequential Test)

۳- اگر نتیجه غربالگری، کم خطر (low risk) باشد، احتمال وقوع ناهنجاریهای مورد بررسی، کم است و درخواست غربالگری سه ماهه دوم لازم نیست.

ارزیابی نتیجه غربالگری بر اساس گزارش سه سطح خطر (کم خطر، خطر متوسط و پر خطر) می باشد و تعیین نقطه برش (cut off) برای سه سطح مزبور به عهده آزمایشگاه است.

در حال حاضر غربالگری جنین در سه ماهه اول بارداری توصیه می شود. چنانچه خانم باردار پس از ۱۳ هفته و ۶ روز و قبل از هفته ۱۷ بارداری مراجعه نماید و غربالگری سه ماهه اول را انجام نداده است، پس از مشاوره و انتخاب والدین، غربالگری سه ماهه دوم بارداری درخواست می شود.

۳- غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه دوم بارداری

در صورت لزوم انجام غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه دوم (موارد اشاره شده در بند ۲ این دستورالعمل)، کواد مارکر Quad marker، در هفته ۱۵ تا ۱۷ بارداری به شرح زیر درخواست می شود:

Quad marker شامل:

- free β hCG (human chorionic gonadotropin)
- AFP(alpha-fetoprotein)
- uE3(unconjugated estriol)
- Inhibin A

نتایج

- ۱- اگر گزارش کوادمارکر، پر خطر (high risk) باشد، آمنیوستز ضروری است.
- ۲- اگر گزارش کوادمارکر، کم خطر (low risk) باشد، احتمال وقوع ناهنجاریهای مورد بررسی کم است.

چند نکته مهم:

- اگر مادر سابقه زایمان نوزاد با سندرم داون و یا سابقه نتیجه مثبت آمنیوستز / CVS در بارداری قبلی داشته باشد، پس از انجام مشاوره، واجد شرایط انجام آمنیوستز / CVS است. (بدون انجام غربالگری)
- غربالگری سه ماهه دوم بارداری پس از هفته ۱۸ بارداری توصیه نمی شود.
- به مادر تأکید شود نتیجه غربالگری بلافاصله پس از دریافت توسط ارایه دهنده خدمت بررسی شود.
- ارائه دهندگان خدمت به زنان باردار می بایست مراکز و افراد متبهر در ارایه خدمات آزمایشگاه و سونوگرافی NT را شناسایی و به مادر معرفی نمایند.
- از آنجایی که غربالگری آزمایشگاهی در بارداریهای دو قلویی از صحت تشخیصی کافی برخوردار نیست، بهره گیری از مجموع داده های سن مادر و ضخامت NT، در غربالگری دوقلویی توصیه می شود.

۴- غربالگری سایر ناهنجاریها:

صرف نظر از نتیجه مثبت یا منفی غربالگری سه ماهه اول، آزمایش آلفافیتوپروتئین (AFP) برای غربالگری نقص لوله عصبی جنین و سونوگرافی هفتمند هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری برای غربالگری ناهنجاریهای اصلی (ماژور) در خواست می شود.

۵- پیوست ها

پیوست های این دستورالعمل: استانداردهای آزمایشگاهی غربالگری ناهنجاری جنین، استانداردهای سونوگرافی NT، نمونه فرم ثبت اطلاعات، گردش کار غربالگری ناهنجاری می باشد.

استانداردهای آزمایشگاهی غربالگری ناهنجاری جنین

الف) الزامات مرحله قبل از انجام آزمایش

۱- الزامات برگه درخواست و اطلاعات همراه نمونه:

- ✓ نام پزشک ارجاع دهنده
- ✓ مشخصات مادر: نام و نام خانوادگی، آدرس و تلفن، تاریخ تولد / سن، ملیت و نژاد، وزن به کیلو گرم، سابقه وجود اختلالات کروموزومی در بارداری های قبلی و یا داشتن فرزند مبتلا، سابقه مصرف دخانیات، سابقه بیماری بخصوص دیابت، سابقه آزمایشهای مشابه در بارداریهای قبلی، سابقه انجام CVS در بارداریهای قبلی، نحوه بارداری (طبیعی، IVF، با استفاده از دارو)، Parity، تاریخ LMP
- ✓ اطلاعات در برگه سونوگرافی همراه: تاریخ انجام سونوگرافی، نام سونوگرافист، اندازه CRL در جنین، اندازه NT، تعداد جنین زنده، تعداد ضربان قلب جنین (FHR)، تعیین Chorionicity در حاملگی چند قلوئی (بخصوص دو قلوئی)، اندازه CRL بزرگتر در حاملگی دو قلوئی، تصویرسونوگرافی (باید پیوست باشد)

۲- انجام این آزمایش ها در بارداری چند قلوئی از صحت کافی برخوردار نمی باشد.

۳- تمامی آزمایشگاههای ارائه کننده خدمات غربالگری ناهنجاری جنین ملزم به برخورداری از تجهیزات آرایه

کودمارکر به منظور انجام Integrated Test می باشند.

۴- الزامات مربوط به نمونه:

- ✓ نمونه گیری باید براساس دستورالعمل مکتوب آزمایشگاه و مطابق با استانداردهای مصوب کشوری انجام پذیرد.
- ✓ نمونه مناسب برای غربالگری، سرم بدست آمده از خون مادر است که در فاصله زمانی حداکثر ۲ ساعت باید جدا شده و تا زمان ارسال یا انجام آزمایش در دمای یخچال (۸-۴ درجه سانتیگراد) نگهداری شود. در مورد اندازه گیری استریول، بدلیل ناپایداری در نمونه خون کامل سریعاً باید جداسازی صورت گیرد.
- ✓ در صورت پذیرش نمونه ارجاعی، نمونه باید در شرایط مناسب حین انتقال (دمای ۸-۴ درجه سانتیگراد) و بسته بندی مناسب حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از زمان نمونه گیری ارسال شده باشد.
- ✓ تاریخ و زمان نمونه گیری به همراه نام مادر باید روی لوله های حاوی نمونه درج شود و همراه با برگه اطلاعات ارسال گردد.
- ✓ نمونه ها قبل از انجام آزمایش نباید بیش از یک بار فریز و ذوب شود.

۵- معیارهای مردود شدن نمونه:

- ✓ مقدار CRL گزارش شده در برگه سونوگرافی، خارج از محدوده ۸۴-۴۵ میلی متر باشد.

- ✓ مراجعه مادر یا ارجاع نمونه در خارج از محدوده زمانی مشخص شده بارداری (۱۱ تا ۱۳ هفته و ۶ روز) باشد.
- ✓ اطلاعات برگه سونوگرافی ناقص باشد.
- ✓ نمونه خون در شرایط نامناسب دمایی منتقل شود. (بالا رفتن دما به سرعت موجب نامعتبر شدن نتایج تست Free β HCG می شود)
- ✓ سرم در شرایطی که بیش از یک هفته در دمای یخچال مانده باشد، منتقل شود.
- ✓ حجم نمونه کم باشد. (کمتر از ۱ سی سی سرم)
- ✓ همولیز واضح در نمونه رخ داده باشد.
- ✓ اطلاعات لازم در برگه ناکافی باشد یا اطلاعات برگه با مشخصات برچسب نمونه همخوانی نداشته باشد.
- ✓ در ظرف حاوی نمونه ها شکستگی یا نشستی مشاهده شود.

ب) الزامات مرحله انجام آزمایش

- ✓ تمامی آزمایشگاه های مجری باید برای انجام این آزمایشات از تجهیزات مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده نمایند که تحت برنامه دقیق نگهداری، پشتیبانی و کالیبراسیون قرار دارد.
- ✓ استاندارد سازی نحوه انجام و آنالیز نتایج غربالگری ناهنجاری جنین مورد تأکید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین ضروری است آزمایش ها توسط سیستم های بسته با صحت مناسب در عملکرد (درستی و دقت) انجام گیرد.
- ✓ آزمایشگاه صرفا مجاز به استفاده از کیت هایی است که مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و کاربرد آنها در غربالگری ناهنجاری جنین قید شده باشد.
- ✓ انجام آزمایش های صحنه گذاری اولیه، قبل از استفاده از کیت های جدید یا با سری ساخت متفاوت الزامی است. این آزمایشها حداقل باید به گونه ای انتخاب گردد که از نظر محدوده آنالیتیک قابل اندازه گیری، حد تشخیص، درستی و دقت روش، اطمینان لازم را ایجاد کند. (لازم است میزان عدم دقت، محاسبه شود و بیش از ۴ درصد نباشد).
- ✓ آزمایشگاه باید دارای برنامه تضمین کیفیت مشخص و مدون بوده و براساس آن برای انجام آزمایشها یک برنامه کنترل کیفی داخلی تعریف کرده باشد.
- ✓ با هر سری کاری، باید کنترل های معتبر تجاری حداقل در دو سطح بالا و پائین قرائت شود و نتایج آن با توجه به خطای مجاز تعریف شده برای این گروه از تست ها مورد ارزیابی قرار گیرد. توصیه می گردد کنترل ها در سه سطح غلظتی low, Med/ Moderate, High تهیه و قرائت شود.
- ✓ تکنولوژی مورد استفاده برای انجام این آزمایشها باید در برنامه نرم افزاری محاسبه خطر، مشخص شده باشد.
- ✓ برنامه نرم افزاری باید در فهرست نرم افزارهای مورد تایید آزمایشگاه مرجع سلامت قرار داشته باشد.
- ✓ آزمایشگاه باید از تعداد نمونه کافی برای محاسبه میان هر هفته بارداری، برخوردار باشد (۱۰۰ نمونه برای هر هفته بارداری) به عبارت دیگر میان ها در هر آزمایشگاه و براساس جمعیت مراجعین آن آزمایشگاه باید تعیین و به روز گردد.
- ✓ برای محاسبه میان ها می توان از نمونه های فریز شده نیز استفاده نمود.

- ✓ در مراحل اولیه پذیرش نمونه ها، در صورتی که هنوز تعداد نمونه ها به حدنصاب لازم برای محاسبه میان نرسیده است، آزمایشگاه می تواند به مدت حداکثر سه ماه از میان هایی که شرکت پشتیبان نرم افزار متناسب با روش مورد استفاده برای آزمایش در اختیار می گذارد، استفاده نماید. (این میانها با هماهنگی آزمایشگاه مرجع سلامت یا آزمایشگاه های مورد تائید آن مرکز محاسبه می گردد). چنانچه پس از گذشت این زمان نمونه های پذیرش شده به تعداد کافی نرسد، پذیرش و انجام این آزمایشها باید متوقف گردد.
- ✓ آزمایشگاه برای پشتیبانی و سایر خدمات لازم باید با شرکت نرم افزاری پشتیبان قرارداد سالیانه داشته باشد.
- ✓ آزمایشگاه موظف است در هر گونه برنامه ارزیابی خارجی کیفیت که توسط آزمایشگاه مرجع سلامت یا مراکز منتخب آن اجرا می شود، شرکت کند.
- ✓ آزمایشگاه باید بطور ماهانه وضعیت median MoM کلی مربوط به PAPP-A و Free β hCG خود را کنترل نماید که مقدار آن نباید از $1 \text{ MoM} + 10\%$ بیشتر شود.

پ) الزامات مرحله پس از انجام آزمایش

- ✓ تمامی آزمایشها باید در مدت سه روز کاری پاسخ داده شود. (این سه روز از زمان نمونه گیری تا زمان تحویل گزارش به مادر یا پزشک می باشد)
- ✓ فرمت گزارشدهی باید شامل: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره پذیرش آزمایشگاه یا کد اختصاصی نمونه، نام پزشک درخواست کننده، تاریخ نمونه گیری، اطلاعات مربوط به بارداری (سن مادر، سن بارداری، وزن مادر، CRL)، NT، (به صورت mm)، نام سونوگرافیست، نتایج آزمایش شامل مقدار عددی غلظت که قابل ردیابی به واحدهای SI باشد و مقادیر تفسیری به MoM
- ✓ تفسیر نتایج شامل: low/Moderate/High risk، risk cut-off level و تعیین ریسک اختصاصی مادر برای ابتلا جنین به اختلالات کروموزومی (تریزومی)
- ✓ در برگه گزارشدهی حتما این عبارت قید گردد که آزمایشهای انجام شده صرفا به عنوان غربالگری بوده و به هیچ عنوان جنبه تشخیصی ندارد. تصمیم گیری برای انجام آزمایشهای بعدی به عهده پزشک معالج می باشد.
- ✓ تمامی نتایج مربوط به موارد مثبت غربالگری باید به عنوان یک نتیجه بحرانی قلمداد شده و در اسرع وقت به پزشک ارجاع دهنده و مادر اطلاع داده شود.
- ✓ نسخه ای از نتایج (الکترونیک یا کاغذی) باید به مدت حداقل ۵ سال در آزمایشگاه نگهداری گردد.
- ✓ آزمایشگاه برای پیش عملکرد خود لازم است موارد مثبت و منفی غربالگری را بررسی و تطابق آن را با نتایج تست های تشخیصی بعدی ارزیابی نماید. (محاسبه میزان مثبت و منفی کاذب)

استانداردهای سونوگرافی NT

الف) هدف

- هدف از سونوگرافی در غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه اول بارداری، تعیین خطر اختلالات کروموزومی (تریزومی ۱۳، ۱۸، ۲۱) با گزارش سه معیار زیر می باشد:
- ۱- اندازه گیری استاندارد و دقیق CRL
 - ۲- اندازه گیری استاندارد و دقیق NT
 - ۳- تعیین تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه (FHR)

ب) روش استاندارد اندازه گیری CRL

- تصویر میدساژیتال جنین تهیه گردد به طوری که اندامهای جنین در تصویر مشاهده نشود.
- جنین در وضعیت Neutral باشد یعنی جنین در حالت فلکسیون یا اکستنسیون نباشد.
- بلندترین طول جنین از قسمت فوقانی سر تا نسج نرم ناحیه پریته اندازه گیری شود.

پ) روش استاندارد اندازه گیری NT (Nuchal Translucency)

- دستگاه سونوگرافی باید برای تهیه تصویر NT استاندارد دارای کیفیت مناسب باشد.
- سن جنین باید در محدوده ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته + ۶ روز بارداری باشد یعنی CRL جنین باید در محدوده ۸۴-۴۵ میلی متر باشد.
- تصویر میدساژیتال از جنین تهیه گردد.
- جنین باید در وضعیت Neutral باشد به طوری که سر در امتداد ستون فقرات بدون حالت فلکسیون یا اکستنسیون قرار گرفته باشد.
- تصویر در حدی که کل تصویر فقط شامل سر و قسمت فوقانی توراکس جنین باشد، بزرگنمایی شود.
- در حد امکان در تصویر، تفکیک ناحیه NT از پرده آمنیون نشان داده شده باشد و یا حداقل حین سونوگرافی از تفکیک این دو (ناحیه NT از پرده آمنیون)، اطمینان حاصل شود.
- عمیق ترین ناحیه لوسنسی NT به صورت inner-inner اندازه گیری شده و نشانه اندازه گیری در مرز ناحیه لوسنسی- سفیدی قرار داده شود.
- Gain دستگاه طوری تنظیم شود که ضخامت خطوط سفید NT در حداقل ممکن باشد.
- در صورت اندازه گیری متعدد NT، همیشه بزرگترین اندازه گزارش شود.
- در صورت وجود بندناف دور گردن جنین یا ایجاد فشار روی ناحیه NT، اندازه گیری باید در عمیق ترین ناحیه فوقانی و تحتانی محل عبور بندناف انجام شده و میانگین این دو اندازه به عنوان NT گزارش شود.

ت) روش اندازه گیری استاندارد ضربان قلب جنین

- اندازه گیری با استفاده از پالس داپلر یا M_Mode انجام گرفته و حداقل ۶ سیکل قلبی در تصویر نشان داده شود.

ث) **ارایه دهندگان این خدمت**

کلیه متخصصین انجام دهنده این سونوگرافی ملزم به داشتن گواهی معتبر انجام سونوگرافی NT می باشند.

تذکر:

- لازم است گزارش سونوگرافی با ارائه تصویر استاندارد NT و CRL همراه باشد، در غیر اینصورت برای تعیین ریسک فاقد ارزش است.
- به خانم باردار توضیح داده شود که نتایج حاصل از این سونوگرافی همراه با نتیجه آزمایشها توسط نرم افزار استاندارد تفسیر و بصورت نتیجه غربالگری سه ماهه اول ارائه می گردد.

پیوست ۳

نمونه فرم ثبت اطلاعات غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین

بخش ۱: مشاوره با خانم باردار

هریک از موارد زیر را برای مادر توضیح دهید و در خانه مربوط علامت ✓ بگذارید. مطمئن شوید که مادر گفته های شما را فراگرفته است.

برخی اختلالات کروموزومی (تریزومی ها) در این غربالگری کشف می شود که شایع ترین آن، سندرم داون است.
 سندرم داون وقتی اتفاق می افتد که در زمان تقسیم سلولی، جنین به جای ۴۶ کروموزوم، ۴۷ کروموزوم داشته باشد. (کروموزوم ۲۱ اضافه)

سندرم داون ممکن است به صورت تصادفی در هر بارداری اتفاق بیفتد.

حتی اگر سابقه فامیلی، خانوادگی و یا سابقه زایمان قبلی نوزاد مبتلا به سندرم داون وجود نداشته باشد، احتمال وقوع این عارضه در بارداری فعلی همچنان وجود دارد.

با افزایش سن مادر، خطر وقوع سندرم داون افزایش می یابد، به گونه ای که:

- در زنانی که در طیف سنی ۲۰-۲۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۱۵۰۰ مورد بارداری (۱:۱۵۰۰) است.

- در زنانی که در طیف سنی ۳۰-۳۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۹۰۰ مورد بارداری (۱:۹۰۰) است.

- در زنانی که در طیف سنی ۴۰-۴۹ سال هستند، وقوع سندرم داون ۱ در ۱۰۰ مورد بارداری (۱:۱۰۰) است.

انجام غربالگری و تشخیص ناهنجاری های جنین هزینه بر است و نیازمند مراجعه به مراکز معتبر و افراد متبحر در شهرستان محل اقامت یا خارج از محل اقامت می باشد.

نتایج غربالگری فقط میزان خطر را نشان می دهد. نتایج تستهای تشخیص قطعی مثل آمنیوسنتز یا CVS ملاک ختم حاملگی است.

اگر نتیجه غربالگری نشان دهنده خطر پایین (Low risk) باشد، نیاز به انجام روش های تشخیصی تهاجمی نیست. زیرا احتمال وقوع سندرم داون کم است. چنانچه نتیجه غربالگری نشان دهنده خطر بالا (High risk) و مثبت باشد، از آنجا که نتیجه مثبت به معنای ابتلا جنین به سندرم داون نیست، برای تشخیص قطعی نیاز به انجام روش های تهاجمی شامل CVS (نمونه برداری از پرزهای بافت کوریون جفت) و آمنیوسنتز (نمونه گیری از مایع آمنیوتیک) است. این روش ها ممکن است با عارضه همراه باشد.

جدی ترین عارضه روش های تشخیص تهاجمی، احتمال سقط جنین سالم است. طیف وقوع این عارضه بین ۱ در ۱۰۰ تا ۱ در ۲۰۰ مورد (۱:۱۰۰ تا ۱:۲۰۰) متغیر است.

بخش ۲- درخواست غربالگری ناهنجاری جنین

سابقه نوزاد ناهنجار / آمنیوسنتز مثبت

غربالگری سه ماهه اول: بلی تاریخ درخواست: مادر غربالگری را قبول نکرده است

غربالگری سه ماهه دوم: بلی تاریخ درخواست: مادر غربالگری را قبول نکرده است مورد ندارد

بخش ۳- نتیجه غربالگری سه ماهه اول کم خطر خطر متوسط پرخطر

بخش ۴- نتیجه غربالگری سه ماهه دوم کم خطر پرخطر

بخش ۵- اقدام بر اساس نتایج غربالگری

ارجاع به متخصص زنان / پره ناتالوژیست: بلی خیر آمنیوسنتز / CVS: بلی خیر مورد ندارد:

نام و نام خانوادگی و اعضاء مشاور

نام و نام خانوادگی / اعضاء و اثر انگشت مادر

REFERENCES:

1. ACOG Practice Bulletin; Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists; N.77; Jan 2007
2. Prenatal diagnosis; 2011; published online in Wiley online Library
3. American Academy of Family Physician; Practise Guildlines ;Sep 2007
4. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, Prenatal Screening for Fetal Aneuploidy, No. 187, February 2007
5. The 11–13+6 weeks scan, Fetal Medicine Foundation, London 2004
6. Uptodate version 19.1
7. Williams Obstetrics 23rd Edition 2010
8. American College of obstetrics & Gynecology Guidline 2007
9. NHS 2011
10. Royal College of Obstetrics & Gynecolog 2009

دستورالعمل غربالگری و تشخیص دیابت بارداری

سازمان جهانی بهداشت و کارگروه مطالعات بارداری انجمن بین المللی دیابت^۱ (IADPSG) در ۲۰۱۳، تست یک مرحله ای (GTT دو ساعته با ۷۵ گرم گلوکز) را رسماً برای غربالگری و تشخیص دیابت بارداری توصیه نمود.

توصیه های بارداری

۱- برای تمام خانمهای باردار می بایست در اولین ویزیت بارداری، آزمون قند خون ناشتا درخواست می گردد. نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

طبیعی	≤ ۹۲	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۹۳-۱۲۵	
غیرطبیعی	≥ ۱۲۶	

* در صورتی که قند خون ناشتا بین ۹۳-۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد پره دیابتیک به حساب آمده، رژیم غذایی مناسب و ورزش توصیه می شود.

* در صورتی که قند خون ناشتا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر باشد، تکرار آزمایش توصیه و چنانچه نتیجه آزمایش دوم نیز مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد دیابتیک است و می بایست درمان شود.

نکته: ورزش و تغذیه مناسب از ابتدای بارداری می تواند باعث پیشگیری از ابتلا به دیابت بارداری شود.

۲- برای تمام خانم های باردار غیردیابتیک (طبیعی و پره دیابتیک)، به منظور غربالگری دیابت بارداری، در هفته ۲۴-۲۸ بارداری آزمون تحمل گلوکز خوراکی دو ساعته با مصرف ۷۵ گرم گلوکز (OGTT^۲) درخواست می گردد. نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

غیرطبیعی	≥ ۹۲	قند خون ناشتا (mg/dl)
	≥ ۱۸۰	قند خون ۱ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
	≥ ۱۵۳	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)

* در صورتی که حداقل یکی از نتایج آزمایش قند خون غیر طبیعی باشد، تشخیص دیابت بارداری قطعی و اقدام لازم و پیگیری ضروری است.

^۱ International association of diabetes and pregnancy study groups

^۲ Oral glucose tolerance test

توصیه های پس از بارداری

لازم است برای همه خانم های مبتلا به دیابت بارداری، به منظور کشف دیابت پایدار، در هفته ۶ - ۱۲ پس از زایمان آزمون تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) با مصرف ۷۵ گرم گلوکز (نمونه گیری ناشتا و دوساعته) درخواست گردد. نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

طبیعی	≤ 99	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۱۰۰-۱۲۵	
دیابتیک	≥ 126	
طبیعی	< 140	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
پره دیابتیک	۱۴۰-۱۹۹	
دیابتیک	≥ 200	

- * برای خانم های دیابتیک، درمان دیابت ضروری است.
- * برای خانم های پره دیابتیک، اصلاح سبک زندگی (ورزش و رژیم غذایی مناسب) و یا استفاده از متفورمین توصیه می شود.
- * برای خانم های که نتیجه آزمایش طبیعی است، غربالگری دیابت هر سه سال توصیه می شود.

نکات آزمایشگاهی آزمون تحمل گلوکز خوراکی

- نمونه گیری باید صبح هنگام و پس از حداقل ۸ ساعت ناشتا بودن انجام شود.
- رژیم غذایی بمدت ۳ روز، آزاد و بدون محدودیت بوده (حداقل ۱۵۰ گرم کربوهیدرات در روز) و فعالیت های بدنی نیز بطور معمول صورت گیرد.
- ۷۵ گرم گلوکز آنهیدروز که در ۳۰۰ میلی لیتر آب حل شده و در مدت ۵ دقیقه باید نوشیده شود (معمولا تحمل محلول خنک آسانتر است).
- فرد در طول انجام آزمایش از سیگار کشیدن، فعالیت بدنی، نوشیدن چای یا قهوه و خوردن مواد غذایی خودداری نماید.
- آزمایش در افراد سرپایی انجام می گیرد و انجام آن در افراد بستری و بدون تحرک ممکن است منجر به اخذ نتایج نادرست گردد.
- لازم به توضیح است که برای آزمایش OGTT با استفاده از ۷۵ گرم گلوکز آنهیدروز، در صورت استفاده از دکستروز میزان مورد نیاز ۸۲/۵ گرم (به جای ۷۵ گرم) می باشد.

¹ Gestational diabetes. ACOG Practice Bulletin No. 30. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2001

² Nicholson W, Bolen S, Witkop CT, Neale D, Wilson L, Bass E. Benefits and risks of oral diabetes agents compared with insulin in women with gestational diabetes: a systematic review. Obstet Gynecol 2009;

³ Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2008

⁴ Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, Damm P, et al. IADPSG recommendations on the diagnosis & classification of hyperglycemia in pregnancy. IADPSG Consensus Panel. 2010

⁵The American Diabetes Association

⁶World Health Organization (WHO)

⁷International Diabetes Federation (IDF)

رئیس محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: تهیه و ارائه تصاویر استاندارد NT (اولتراسونداسکن) توسط متخصصین رادیولوژی،
پریناتولوژی و زنان زایمان با داشتن گواهی بین المللی FMF

سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد(ص) و با تقدیم احترام، پیرو شیوه نامه ابلاغ شده شماره ۳۰۰/۲۴۰۷ مورخ ۹۲/۳/۶ در خصوص غربالگری ناهنجاری جنین در بارداری، با عنایت به نقش و اهمیت تصاویر استاندارد NT(Nuchal Transluceny Scan) در هرگونه تصمیم گیری و اقدام توسط متخصص مربوطه، خواهشمنداست دستورفرمایید تهیه و ارائه تصاویر استاندارد NT، مطابق پروتکل بنیاد جنین، توسط متخصصین محترم رادیولوژی، پریناتولوژی و زنان و زایمان دارای گواهینامه بین المللی (FMF)، صورت پذیرد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان



شماره: ۵۴۰۰/۴۸۴۱
 تاریخ: ۱۳۹۲/۰۴/۱۹
 پیوست: ندارد

معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...
معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه
معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
معاون محترم بهداشتی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گچساران

با سلام و احترام

پیرو استعلام برخی دانشگاههای علوم پزشکی کشور و همچنین سازمان های بیمه گر مبنی بر ارایه پرونده مراقبت بارداری به مراکز غیر دانشگاهی بنا به درخواست مادران باردار، به اطلاع می رساند چنانچه مادران باردار بخواهند خدمات بارداری خود را از سایر مراکز ارایه دهنده خدمت در بخش خصوصی یا بخشهای تحت پوشش سازمانهای بیمه دریافت کنند، تحویل تصویر پرونده مراقبت بارداری، بلامانع است. پرداخت هزینه تهیه رونوشت برعهده مادران باردار درخواست کننده خواهد بود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
 معاون درمان

دکتر فاطمه رخشانی
 معاون بهداشت

شماره: ۵۳۰۲/۳۰۳۹
تاریخ: ۱۳۹۲/۰۳/۲۵
پیوست: دارد



معاون محترم بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: تعرفه زایمان در تسهیلات زایمانی

با سلام و احترام

بدینوسیله در مورد تعرفه زایمان در واحدهای تسهیلات زایمانی به استحضار می‌رساند با توجه به نامه‌های دریافت شده به شماره‌های ۴۰۶/۲۵۸۵-د مورخ ۹۲/۲/۴ دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت و نیز نامه شماره ۲۰۸/۲۷۵۲ د مورخ ۹۲/۲/۱۹ مرکز مدیریت شبکه (نامه‌های پیوست) کماکان مفاد نامه شماره ۲۵۷۲/پ مورخ ۸۲/۱۱/۱۹ در مورد رایگان بودن تعرفه زایمان در واحدهای تسهیلات زایمانی به قوت خود باقی است.

دکتر علی استگی
مدیر کل دفتر سلامت جمعیت،
خانواده و مدارس

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی ...
جناب آقای دکتر ادیب نیا
معاون محترم درمان سازمان تامین اجتماعی
جناب آقای دکتر سرتیپ لشکری
فرمانده محترم معاونت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ارتش
فرماندهی محترم بهداری گل ناجا
جناب آقای دکتر جناب آقای دکتر کیان
مدیرعامل محترم سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جناب آقای دکتر عراقی زاده
معاون محترم بهداشت و درمان سپاه پاسداران انقلاب اسلامی

موضوع: استانداردهای بخش پس از زایمان (پست پارتوم)

سلام علیکم

احتراما" پیرو نامه شماره ۴۰۰/۱۵۸۷ د مورخ ۱۳۸۹/۹/۲۱ در خصوص استانداردهای فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی بلوک زایمان، موارد ذیل در مورد استاندارد بخش پس از زایمان جهت استحضار ایفاد می گردد.

در این بخش مراقبت از مادر پس از سقط، مراقبت از مادر و نوزاد از ۲ ساعت پس از زایمان طبیعی تا زمان ترخیص و مراقبت از مادر و نوزاد در ساعت دوم پس از سزارین تا زمان ترخیص ارائه می شود. حداقل زمان بستری برای زایمان طبیعی ۲۴ ساعت و برای سزارین ۴۸ ساعت می باشد. برای مادرانی که زایمان طبیعی داشته اند می بایست مراقبت از مادر و نوزاد دو ساعت اول در بلوک زایمان و از ساعت دوم تا زمان ترخیص مطابق با دستورالعمل های وزارت بهداشت در بخش پس از زایمان (پست پارتوم) انجام گیرد. برای مادرانی که سزارین می شوند می بایست مراقبت یک ساعت اول در ریکاوری اتاق عمل و مراقبت از مادر و نوزاد از ساعت دوم بعد تولد تا زمان ترخیص مطابق با دستورالعمل های وزارت بهداشت در بخش پس از زایمان (پست پارتوم) انجام گیرد.

ساختار فیزیکی :

هر اتاق باید فضای کافی (حداقل ۹ متر مربع به ازای هر تخت) برای پذیرش مادر و نوزاد داشته باشد و امکان اقامت همراه فراهم باشد. در هر اتاق باید یک سینک دستشویی و یک دوش و یک توالت وجود داشته باشد. بهتر است هر اتاق یک پنجره حفاظ دار به فضای بیرون داشته باشد.

تعداد تخت :

این بخش می تواند با توجه به تعداد زایمان به صورت بخشی مجزا و یا اختصاص چند تخت در بخش جراحی زنان در نظر گرفته شود. به ازای هر تخت زایمان ۶ تخت پست پارتوم لحاظ شود (کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن مجموعه پنجم بخش زایمان صفحه ۷۰).

تجهیزات مورد نیاز:

تجهیزات بخش پس از زایمان مانند سایر بخش های بیمارستانی است. تجهیزات کنترل علائم حیاتی، ساکشن، اکسیژن و سرم تراپی لازم است و تجهیزات احیاء باید در دسترس سریع باشد.
ارائه دهندگان خدمات:

در صورتی که بخش پست پارتوم مجزا وجود دارد ارائه دهندگان خدمت متخصص زنان و مامایی باشند. در صورتی که پست پارتوم قسمتی از بخش جراحی زنان باشد : متخصص زنان، ماما و پرستار با اولویت ماما (طبق نامه شماره ۴۰۰/۳۰۵۱ د تاریخ ۱۳۸۹/۱۱/۱۸)

ضریب نیروی انسانی به ازای تخت برای این بخش $\frac{1}{63}$ در نظر گرفته شده است به ازای هر ۱۰ تخت پست پارتوم با ضریب اشغال ۹۰٪ تعداد ۱۶ ماما جهت مراقبت مادر و نوزاد در نظر گرفته شود.

نحوه ارائه خدمات:

ارائه خدمت می بایست بر اساس پروتکل های استاندارد (راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان ...) انجام شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
 معاون درمان