



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

آمنوستر

بهار ۱۳۹۸

تنظیم و تدوین:

- سرکار خانم دکتر اشرف جمال دبیر بورد تخصصی پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- جناب آقای دکتر مرتضی صانعی طاهری متخصص رادیولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی
- سرکار خانم دکتر لاله اسلامیان فلوشیپ پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- سرکار خانم دکتر صدیقه برنا فلوشیپ پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- سرکار خانم دکتر صدیقه حنطوش زاده فلوشیپ پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- جناب آقای دکتر محمد علی کریمی متخصص رادیولوژی و دبیر کمیته زنان و مامایی انجمن رادیولوژی
- سرکار خانم دکتر نسرین چنگیزی متخصص زنان و زایمان و رئیس اداره سلامت مادران وزارت بهداشت

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر بهزاد کلانتری، فرانک ندرخانی،

دکتر مریم خیری، آزاده حقیقی

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

Amniocentesis

آمنیوسنتز

کد ملی: ۵۰۲۰۷۵

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

پس از گرفتن رضایت آگاهانه از والدین، با وارد کردن سوزن Gauge ۲۰-۲۲ از طریق شکم به رحم باردار (از سن بارداری ۱۵ هفته به بعد) زیر گاید اولتراسوند و ۲۰-۳۰ سی سی مایع آمنیوتیک در شرایط استریل

ت) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی (اندیکاسیون ها):

- تشخیص قبل از تولد از جمله بررسی کروموزومی (کاریوتایپ یا میکرواری) (براساس دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری کروموزومی جنین)
- بررسی ژن معیوب مانند تالاسمی
- بررسی عفونت جنین

ج) تواتر ارائه خدمت

ج-۱) تعداد دفعات مورد نیاز:

اکثریت موارد ۱ بار، به ندرت ۲ بار

ج-۲) فواصل انجام:

بسته به علت و شرایط بیمار، تکرار ۱-۴ هفته بعد

د) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

- پریناتالوژیست
- متخصصین بالینی مرتبط بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت مرتبط با اندیکاسیون های ذکر شده
- متخصص زنان در موارد غربالگری مثبت برای ناهنجاری کروموزومی جنین و یا اختلال ساختاری کروموزومی در والدین (بر اساس پروتکل کشوری)

ه) ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

۱- پریناتالوژیست

۲- رادیولوژیست

و) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

| ردیف | عنوان تخصص | تعداد موردنیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت | میزان تحصیلات مورد نیاز | سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم | نقش در فرایند ارائه خدمت |
|------|------------|---|-------------------------|--|--|
| ۱ | تکنسین | ۱ نفر | دیپلم به بالا | - | پذیرش بیمار، آماده کردن بیمار و کمک در گرفتن نمونه، برچسب زدن مشخصات بیمار روی نمونه |

ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

اتاق حداقل ۳ در ۳ متر در بیمارستان، موسسه تصویربرداری، درمانگاه، مرکز جراحی محدود و مطب براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

دستگاه اولتراسوند با کیفیت بالا، تخت معاینه، میز تحریر

ط) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

| ردیف | اقلام مصرفی مورد نیاز | میزان مصرف (تعداد یا نسبت) |
|------|-----------------------------------|-----------------------------|
| ۱ | سوزن مناسب آمیوستتز (Gauge 20-22) | ۱ عدد به ازای هر کیسه آمیون |
| ۲ | سرنگ ۱۰ سی سی | ۲ عدد به ازای هر کیسه آمیون |
| ۳ | سرنگ ۲ سی سی | ۲ عدد به ازای هر کیسه آمیون |
| ۴ | مایع آنتی سپتیک | ۵۰ سی سی |
| ۵ | دستکش استریل | ۱-۲ جفت |
| ۶ | پنبه | ۲ عدد |
| ۷ | گاز استریل | ۲ عدد |
| ۸ | ژل سونوگرافی | به میزان مورد نیاز |
| ۹ | محلول گزیلوکابین | ۱ ویال ۵ سی سی |
| ۱۰ | کاور استریل | ۱-۲ عدد |
| ۱۱ | کاغذ و لوازم التحریر | به میزان مورد نیاز |

ظ) اقدامات پاراکلینیکی، تصویربرداری و دارویی مورد نیاز قبل از ارائه خدمت:

۱- انجام سونوگرافی بارداری برای تایید حیات جنین، سن حاملگی و تعیین محل جفت

۲- تعیین گروه خون مادر

۳- ترجیحا اطلاع از HIV , HBsAg و Hcv Ab در افراد با ریسک بالا

ی) استانداردهای گزارش :

گزارش سونوگرافی بارداری شامل سن بارداری، ضربان قلب، میزان مایع آمنیوتیک، وجود یا عدم وجود آنومالی Gross، محل جفت، Gauge و تعداد دفعات ورود سوزن، ورود یا عدم ورود سوزن از جفت، حجم و رنگ مایع آسپیره شده، شنیدن ضربان قلب جنین پس از انجام آمنیوستنز و ثبت هر گونه عارضه بلافاصله بعد از آمنیوستنز

گ) شواهد علمی در خصوص کنتراندیکاسیون های خدمت:

ندارد

در موارد ذیل مشاوره لازم و دقیق انجام شود:

- تهدید به سقط
- در موارد مثبت HIV و HbsAg ، HCV
- ناسازگاری Rh
- دو یا چند قلوبی

ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

۱۰-۲۰ دقیقه

ف) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار قبل و بعد از ارائه خدمت:

ارائه مشاوره به بیمار ، فرم رضایت آگاهانه و توصیه های بعد از ارائه خدمت (شامل محدودیت فعالیت و نوشیدن مایعات فراوان طی هفته اول پس از آمنیوستنز و مراجعه در صورت بروز علائم هشدار دهنده)

منابع:

- Hil LM. Invasive Ultrasound Principles (Obstetrics/ Gynecology). In: McGahan JP, Goldberg BB, eds. Diagnostic Ultrasound. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven;2008. P. 107-134.
- Bromley B, Benacerraf B. Chromosomal Abnormality. In: Rumack CM, Levine D, eds. Diagnostic Ultrasound, 5th ed. Philadelphia: Elsevier;2018. P. 1089-1114.
- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

بسمه تعالی
فرم تدوین راهنمای تجویز

| عنوان استاندارد | کد RVU | کاربرد خدمت | افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز | ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت | شرط تجویز | | محل ارائه خدمت | تواتر خدمتی | | مدت زمان ارائه | توضیحات |
|-----------------|--------|----------------|---|----------------------------------|--|------------------|--|-----------------------------------|---|-----------------|--|
| | | | | | اندیکاسیون | کنترل اندیکاسیون | | تعداد دفعات مورد نیاز | فاصله انجام | | |
| آمینوستنز | ۵۰۲۰۷۵ | سرپایی و بستری | - پریناتالوژیست - متخصص زنان در موارد غربالگری مثبت برای ناهنجاری کروموزومی جنین و یا اختلال ساختاری کروموزومی در والدین (براساس پروتکل کشوری) | - پریناتالوژیست - رادیولوژیست | ۱- تشخیص قبل از تولد از جمله بررسی کروموزومی (کاریوتایپ یا میکرواری) بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری کروموزومی جنین ۲- بررسی بیماریهای تک ژنی مانند تالاسمی ۳- بررسی عفونت جنین | ندارد | - بیمارستان - موسسات تصویربرداری - درمانگاه - مرکز جراحی محدود - مطب | اکثریت موارد ۱ بار، به ندرت ۲ بار | بسته به علت و شرایط بیمار، تکرار ۱ الی ۴ هفته بعد | ۱۰ الی ۲۰ دقیقه | زمان انجام: از سن بارداری ۱۵ هفته به بعد - انجام و گزارش سونوگرافی بارداری شامل سن بارداری، ضربان قلب، میزان مایع آمنیوتیک، وجود یا عدم وجود آنومالی Gross، محل جفت، Gauge و تعداد دفعات ورود سوزن، ورود یا عدم ورود سوزن از جفت، حجم و رنگ مایع آسپیره شده، شنیدن ضربان قلب جنین پس از انجام آمینوستنز و ثبت هر گونه عارضه بلافاصله بعد از آمینوستنز |

• تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.