



دبیرخانه تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه خدمات

شناسنامه و استاندارد خرید، اهدای بیمه ای

اسپیرومتری قبل و بعد از دوز آزمایش برونکودیلاتور

تدوین کنندگان:

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

با همکاری:

سازمان بیمه تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، نیروهای مسلح و بیمه سلامت ایران

خرداد ماه ۱۳۹۷

بسمه تعالی

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین):

اسپیرمتری شامل ظرفیت حیاتی آهسته (SVC) ظرفیت حیاتی حداکثر اجباری (FVC)، حداکثر ظرفیت تنفسی دقیقه ای ارادی (MVV) همراه با منحنی های حجم-جریان و حجم-زمان تنفسی، قبل و بعد از دوز آزمایش برونکودیلاتور
کد ملی: ۹۰۱۰۱۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

روش بررسی ابتدایی مشکلات تنفسی بوسیله دستگاه اسپرومتر استاندارد به شرح زیر:
حداکثر جریان دمی و بازدمی، حجم بازدمی ثانیه اول، حجم حیاتی، (منحنی حجم - زمان و منحنی جریان - حجم بصورت اختیاری) می باشد. اندازه گیری مجدد مقادیر فوق الذکر، ۱۵ دقیقه پس از استنشاق برونکودیلاتور (سالبوتامول)

ج) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی:

۱. تشخیص بیماری ریوی (آسم، COPD و ...)
۲. ارزیابی قبل از عمل
۳. ارزیابی میزان ناتوانی
۴. بررسی هر علامت تنفسی
۵. ارزیابی درگیری ریوی در افراد پر خطر (سیگاری، مواجهه شغلی و ...)
۶. ارزیابی بد عملکردی طناب های صوتی
۷. ارزیابی وضعیت تنفسی در بیماران نوروماسکولار

ج-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

در ارزیابی تشخیصی بیماران (یکبار در سال در صورت ضرورت)

د) ویژگی های فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

متخصص داخلی، متخصص اطفال، فوق تخصص ریه، فوق تخصص ایمونولوژی بالینی

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

فوق تخصص ریه، فوق تخصص ایمونولوژی بالینی، متخصص داخلی، متخصص اطفال منوط به ارائه گواهی معتبر، پزشک عمومی / پزشک خانواده (صرفاً در قالب نظام ارجاع)

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

ردیف	عنوان تخصص	تعداد مورد نیاز 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

آماده سازی بیمار و ارائه گزارش		دیپلم به بالا	۱ نفر	تکنسین	۱
--------------------------------	--	---------------	-------	--------	---

ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

اتاق حاوی تهویه مناسب در بیمارستان، مطب، درمانگاه، دی کلینیک و سایر مراکز تشخیصی درمانی که وجود دستگاه اسپرومتری، ترازو و متر ضروری است.

ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

دستگاه اسپرومتری و دستگاه اندازه گیری قد و وزن

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

میزان مصرف (تعداد یا نسبت)	اقلام مصرفی مورد نیاز	ردیف
بر حسب نیاز	کاغذ چاپگر	۱
	دهانی یکبار مصرف	۲
	اسپری سالبوتامول	۳
	اسپیسر	۴

ی) استانداردهای گزارش

تعیین برگشت پذیری حساسیت و انسداد راه های هوایی

گ) شواهد علمی در خصوص کنتر اندیکاسیون های دقیق خدمت:

۱. هموپتزی با علت نامشخصی
۲. بیماری حاد ویروسی تنفسی (آنفلوآنزا، سرماخوردگی و ...)
۳. پنوموتراکس
۴. وضعیت ناپایدار کاردیوسکولار
۵. وضعیت ناپایدار همودینامیک
۶. آنوریسم مغزی، شکمی و توراسیک
۷. انجام عمل جراحی اخیر کاتاراکت، شکمی و ریوی
۸. بیمارانی که قادر به همکاری نمی باشند

ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

۲۵ الی ۳۰ دقیقه

منابع:

- راهنمای ملی آسم
- راهنمای ملی COPD

- تاریخ اعتبار این استاندارد 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

توضیحات	مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی		محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت		کد RVU	عنوان استاندارد
		تعداد دفعات مورد نیاز	فواصل انجام		کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون			سربایی	بستری		
گزارش شامل: تعیین برگشت پذیری حساسیت و انسداد راه های هوایی	۲۵ الی ۳۰ دقیقه	یکبار در سال	بیمارستان، مطب، درمانگاه (عمومی و تخصصی)، دی کلینیک و سایر مراکز تشخیصی درمانی	۱. هموپتزی با علت نامشخصی ۲. بیماری حاد ویروسی تنفسی (آنفلوآنزا، سرماخوردگی و ...) ۳. پنوموتراکس ۴. وضعیت ناپایدار کاردیوپوسکولار ۵. وضعیت ناپایدار همودینامیک ۶. آنوریسم مغزی، شکمی و توراژیک ۷. انجام عمل جراحی اخیر کاتاراکت، شکمی و ریوی ۸. بیمارانی که قادر به همکاری نمی باشند (بیماران CVA و ...)	۱. تشخیص بیماری ریوی (آسم، COPD و ...) ۲. ارزیابی قبل از عمل ۳. ارزیابی میزان ناتوانی ۴. بررسی هر علامت تنفسی ۵. ارزیابی درگیری ریوی در افراد پر خطر (سیگاری، مواجهه شغلی و ...) ۶. ارزیابی بد عملکردی طناب های صوتی ۷. ارزیابی وضعیت تنفسی در بیماران نوروماسکولار	فوق تخصص ریه، فوق تخصص ایمونولوژی بالینی، متخصص داخلی، *متخصص اطفال منوط به ارائه گواهی معتبر، پزشک عمومی/ پزشک خانواده (صرفاً در قالب نظام ارجاع)	متخصص داخلی، متخصص اطفال، فوق تخصص ایمونولوژی بالینی	*	*	901010	اسپیرومتری با و بدون برونکودیلاتور	

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

* متخصصین اطفال مشروط به ارائه گواهی معتبر، صلاحیت ارائه خدمت را دارند.