



# راهنمای اجرایی ارایه خدمت بستن لوله های رحمی در زنان واجد شرایط پزشکی

ضمیمه دستور عمل کشوری "ارایه خدمات مراقبت باروری ویژه

در زنان واجد شرایط پزشکی" به شماره ۱۷۹۸۳/۵۳۰۰



معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره باروری سالم و جمعیت

سال ۱۳۹۹

## فهرست

### عنوان

### صفحه

۳.....	مقدمه
۴.....	راهنمای اجرای فرایند خدمت مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی): بهورز/ مراقب سلامت/ مراقب سلامت- ماما و پزشک .....
۶.....	فرآیند بررسی موارد واجد شرایط بستن لوله های رحمی در ستاد شهرستان .....
۷.....	الگوریتم شماره ۱: ارایه خدمت مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی) .....
۸.....	چارچوب اجرایی کمیته شهرستان "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" .....
۸.....	تشکیل کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" و فرآیندهای پیگیری .....
۸.....	اعضای کمیته: .....
۹.....	شرح وظایف رییس کمیته .....
۹.....	شرح وظایف اعضا کمیته .....
۹.....	شرح وظایف مسئول دبیر کمیته .....
۱۰.....	پایش و نظارت .....
۱۱.....	فهرست شواهد تشخیصی بیماری های مجاز دریافت خدمت مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی) .....
۱۲.....	جدول شماره ۱: فهرست شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری های مجاز .....
۱۸.....	ضمائم: فرم ها، چک لیست ها و دیگر مستندات .....
۱۸.....	ضمیمه ۱: فرم ها .....
۲۰.....	فرم شماره ۱: معرفی به کمیته .....
۲۱.....	فرم شماره ۲: درخواست بستن لوله های رحمی و فرم رضایت نامه (با حضور همسر) .....
۲۲.....	فرم شماره ۳: معرفی به بیمارستان .....
۲۲.....	فرم شماره ۴: نمونه گواهی پزشک معالج و پس خوراند .....
۲۴.....	فرم شماره ۵: صورتجلسه کمیته .....
۲۶.....	فرم شماره ۶: گزارش گیری از بیمارستان .....
۲۷.....	ضمیمه ۲: چک لیست های پایش .....
۲۸.....	چک لیست شماره ۱. پایش اجرایی سازی دستورعمل در سطح معاونت بهداشت دانشگاه .....
۳۱.....	چک لیست شماره ۲. پایش ستاد شهرستان .....
۳۳.....	چک لیست شماره ۳. پایش عملکرد کمیته شهرستانی .....

پوا حکیم

## مقدمه:

به دنبال ابلاغ سیاست های کلی جمعیت (۱۳۹۳)، برنامه باروری سالم و فرزندآوری در راستای ارتقای نرخ باروری کلی و با هدف ترویج رفتار باروری سالم، ترغیب خانواده ها به فرزندآوری به هنگام و نیز پیشگیری از ناباروری شکل گرفته است. در همین راستا و برای تامین اهداف پیشگفت در زانی که به دلیل شرایط خاص یا داشتن مشکلات پزشکی نتوانند بارداری سالم و فرزندآوری داشته باشند، لازم خواهد بود که بارداری آن ها تا کنترل شرایط یا بیماری به تاخیر بیفتد. بدین منظور، "دستور عمل کشوری ارایه خدمات مراقبت باروری ویژه در زنان واجد شرایط پزشکی" به شماره ۳۰۰/۱۷۹۸۳ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۸ توسط معاونین محترم بهداشت و درمان به منظور یکسان سازی و هماهنگی در اجرای فرایند این خدمات در سطح کشور، ابلاغ شده است. در راستای اجرای دستور عمل فوق و در جهت شفاف سازی برخی فرآیندها و نیز پاسخ به سوالات مطرح شده از سوی دانشگاه های علوم پزشکی، در خصوص خدمت بستن لوله های رحمی، راهنمای اجرایی حاضر تدوین شده است. در این راهنما چگونگی ارایه خدمات مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی) به تفصیل توضیح داده شده است.

لذا کلیه ارائه دهندگان خدمات بخش خصوصی و دولتی در سطوح مختلف ارایه خدمت به هنگام ارایه خدمت بستن لوله های رحمی، ملزم به اجرای مفاد دستور عمل کشوری و این راهنما خواهند بود. مطابق با دستور عمل ابلاغ شده، مشاوره باروری سالم و فرزند آوری باید با حضور همسر و با توجه به شرایط باروری فرد صورت گیرد. تاکید می گردد برای زوجینی که اصلا فرزند ندارند و یا یک فرزند دارند لازم است مشاوره کامل در شرایط مطلوب (از لحاظ روانی - اجتماعی) انجام پذیرد تا بتوانند تصمیم درست را برای فرزند آوری آتی خود بگیرند.

## راهنمای اجرای فرایند خدمت مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی):

۱. دلیل ارایه خدمت مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)، کاهش مرگ و عوارض دوران بارداری در زنان واجد شرایط پزشکی است. بنابراین خدمت مذکور فقط به زنان واجد شرایط پزشکی باید ارایه شود و کلیه دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی لازم است بر همین اساس اقدام نمایند.
۲. با توجه به تغییر فهرست موارد مجاز دریافت خدمات مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)، مبنای عمل دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی از زمان ابلاغ "دستور عمل کشوری ارایه خدمات مراقبت باروری ویژه در زنان واجد شرایط پزشکی" (به شماره ۳۰۰/۱۷۹۸۳ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۸)، دستور عمل مذکور خواهد بود.
۳. ضروری است برنامه آموزشی مبتنی بر ارزشیابی عملکرد ارایه دهندگان خدمت (بهورز/ مراقب سلامت/ مراقب سلامت - ماما و پزشک) به طور مستمر و سالیانه، طراحی و اجرا شده و در شاخص های پایش سالانه برنامه گنجانده شود.
۴. لازم است جلسات هماهنگی با معاونت درمان دانشگاه حداقل به طور سالیانه برگزار شود و در این جلسات نسبت به اهمیت توجه و حمایت متخصصین در ارجاع این بیماران و نیز گزارش دهی به موقع در خصوص اجرای فرایند خدمت بستن لوله های رحمی، تاکید و اقدام گردد.

۵. فرآیند ارزیابی خدمات مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی): توسط بهورز/ مراقب سلامت/ مراقب سلامت - ماما به شرح زیر می باشد:

با مراجعه فرد به بهورز/ مراقب سلامت / مراقب سلامت - ماما برای دریافت خدمات بستن لوله های رحمی، باید در ابتدا ارزیابی دهنده خدمات با سوال از نوع مشکل پزشکی وی، دسته بیماری (به عنوان مثال بیماری قلبی و عروقی، تنفسی و ...) را تعیین نموده و او را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهد.

**نکته ی مهم:** قبل از ارجاع فرد به پزشک، ضروری است بهورز/ مراقب سلامت/ مراقب سلامت - ماما اقدامات زیر را انجام دهد:

- **مشاوره با فرد و همسر وی:** مطابق با دستور عمل ابلاغ شده مشاوره باروری سالم و فرزند آوری باید با حضور همسر و با توجه به شرایط باروری فرد صورت گیرد و در صورتی که بیمار و فرد واجد شرایط قویاً تمایلی به داشتن فرزند ندارد، فرایند خدمات ادامه یابد. تاکید می گردد برای زوجینی که اصلاً فرزند ندارند و یا یک فرزند دارند مشاوره به صورت کامل و دقیق انجام گیرد.
- **تاکید بر عوارض:** در هنگام مشاوره، نسبت به عوارض بستن لوله های رحمی (از جمله عوارض عمل جراحی، پرهزینه و دشوار بودن عمل برگشت باروری و احتمال تغییر میزان خونریزی قاعدگی) و همچنین شانس کم موفقیت در انجام عمل برگشت باروری، به فرد و همسر وی آگاهی کامل داده شود.
- **توضیح کامل فرایند ارزیابی خدمات:** برای فرد و همسر وی مراحل و فرایند خدمات بستن لوله رحمی به طور کامل و شفاف توضیح داده شود و بر هر همراه داشتن کلیه مستندات تشخیصی و گواهی پزشک معالج هنگام مراجعه به مرکز خدمات جامع سلامت تاکید گردد.

۶. فرآیند ارزیابی خدمات مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی): توسط پزشک مرکز خدمات جامع سلامت به شرح زیر می باشد:

همانطور که اشاره شد، مراجعه کننده دریافت خدمات بستن لوله های رحمی، پس از ارجاع از سوی بهورز/ مراقب سلامت/ مراقب سلامت - ماما، در زمان مراجعه به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت، لازم است کلیه مستندات<sup>۱</sup> دال بر وجود بیماری خود را همراه داشته باشد.

- پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ضمن بررسی دقیق مستندات و گواهی پزشک معالج، در صورت تایید واجد شرایط بودن فرد برای بستن لوله های رحمی، پس از مشاوره با فرد و همسر وی، فرم شماره ۱ (فرم معرفی بستن لوله های رحمی از مرکز خدمات جامع سلامت) را تکمیل نموده و او را به دبیرخانه کمیته شهرستانی "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی"، جهت

<sup>۱</sup> منظور از مستندات بیماری، کلیه شواهد تشخیصی درمانی، خلاصه پرونده و ... دال بر ابتلای فرد به بیماری و مستند تشخیصی پزشک معالج می باشد.

طرح در کمیته مذکور، ارجاع می دهد. لازم است تاکید شود فرد حتماً به همراه همسر خود به دبیرخانه کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" مراجعه کند و در هنگام مراجعه نیز کلیه مدارک و مستندات بیماری را به همراه داشته باشد.

- در مواردی که پزشک مرکز خدمات جامع سلامت (بر اساس دستور عمل ارایه خدمات مراقبت باروری ویژه) تشخیص دهد که برای طرح موضوع در کمیته، نیاز به مستندات بیشتر و یا تائیدیه از سوی سایر متخصصین می باشد، لازم است ضمن تکمیل فرم شماره ۴ (فرم درخواست بررسی مراقبت باروری ویژه در افراد دارای شرایط پزشکی)، فرد را برای بررسی و تایید تشخیص یا دریافت تائیدیه به متخصص مرتبط ارجاع دهد.

**نکته مهم:** پزشک موظف است آموزش لازم در مورد عوارض احتمالی و موانع و مشکلات موجود برای فرزند آوری مجدد (در صورتی که فرد پس از بستن لوله های رحمی مجدداً تمایل به فرزند آوری پیدا کرد)، را به فرد ارایه داده و اصول و چارچوب های بیان شده در مشاوره را مد نظر قرار دهد. (بر اساس اصول مطرح شده در دستور عمل ارایه خدمات مراقبت باروری ویژه در زنان دارای شرایط پزشکی)

۷. فرآیند بررسی موارد واجد شرایط بستن لوله های رحمی در ستاد شهرستان به شرح زیر می باشد:

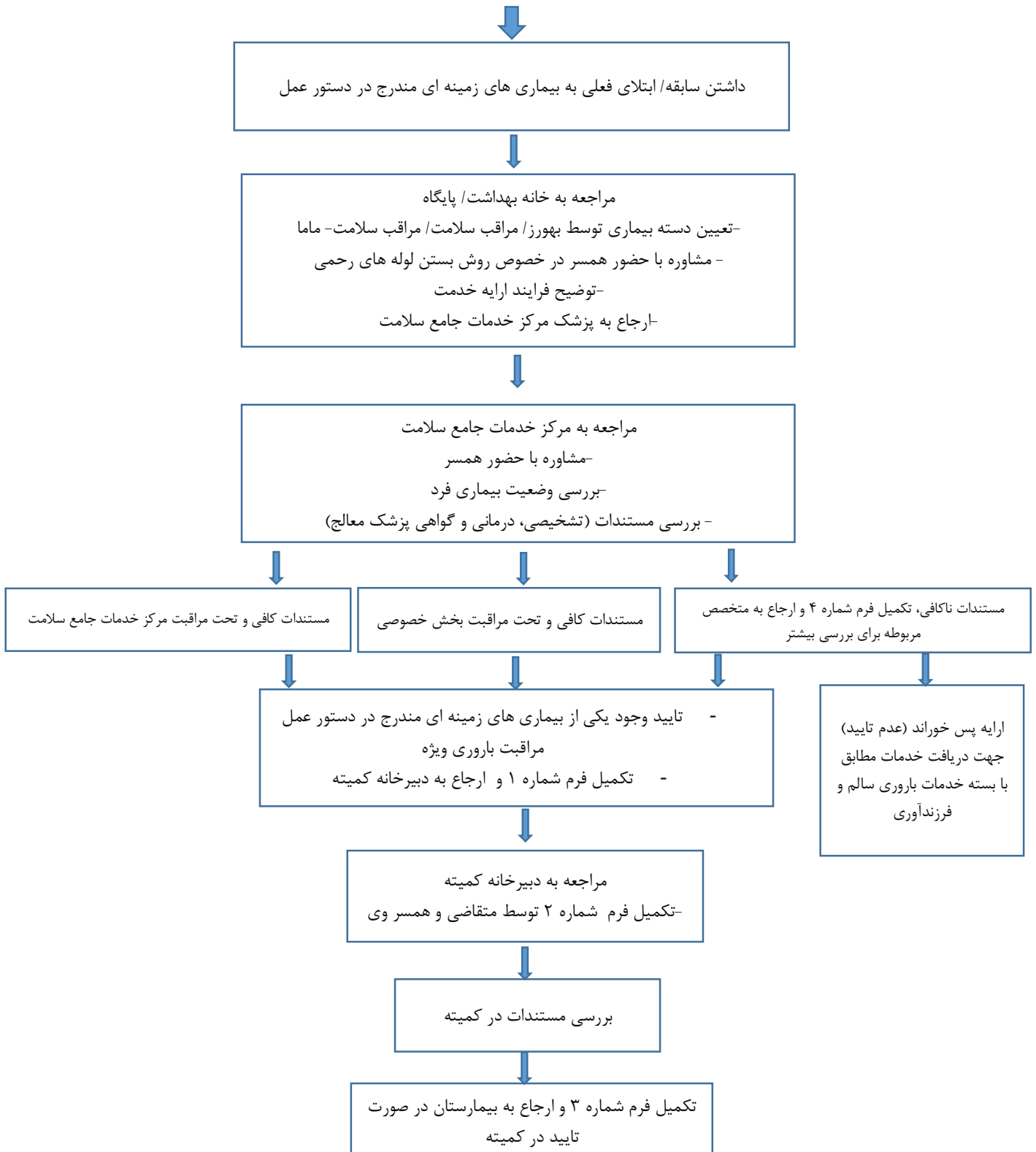
- مسئول بهداشت خانواده شهرستان (مسئول دبیرخانه کمیته شهرستانی) می بایست ضمن دریافت نمودن مستندات زیر از متقاضی و همسر وی بخواهد تا فرم شماره ۲ (فرم درخواست طرح در کمیته بررسی و تایید بستن لوله های رحمی) را برای طرح در کمیته با ذکر شماره تلفن و آدرس تکمیل نمایند.

**مستندات لازم شامل:**

- ۱- کارت ملی زن و شوهر
- ۲- اصل و تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه خانم
- ۳- اصل و تصویر گواهی پزشک/ پزشکان متخصص و سایر مستنداتی که دال بر بیماری فرد می باشد
- ۴- فرم شماره ۱ تکمیل شده توسط پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

**نکته ی مهم:** با توجه به ممنوع بودن انجام بستن لوله های رحمی به عنوان اورژانس و یا تحت شرایط اورژانس، لازم است شبکه بهداشت و درمان شهرستان با هماهنگی نظام پزشکی نسبت به اطلاع رسانی در مورد نحوه ارایه این خدمت، برگزاری کمیته ها و .... اقدام نماید تا ضمن آشنا شدن متخصصین با فرآیند و مراحل انجام کار، از سردرگمی گیرندگان خدمت اجتناب گردد. بدیهی است مسئولیت حسن انجام این کار به عهده رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان خواهد بود. در مواردی که فرد از سوی ارایه دهندگان خدمت و متخصصین بخش خصوصی، معرفی می شود، لازم است به خانه بهداشت/ پایگاه سلامت مرتبط که تحت پوشش آن قرار دارد، مراجعه نموده و بقیه مراحل مطابق با الگوریتم زیر انجام گردد.

## الگوریتم شماره ۱: ارایه خدمت مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)



## ۸. چارچوب اجرایی کمیته شهرستان "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی"

شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است نسبت به برگزاری کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" در قالب و چارچوب های استاندارد تعریف شده اقدام نماید. دستور عمل اجرایی فرآیندها و چارچوب های این کمیته، به شرح ذیل می باشد:

### تشکیل کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" و فرآیندهای پیگیری:

این کمیته در سطح شبکه بهداشت و درمان شهرستان تشکیل می شود و کمیته ای تخصصی است که وظیفه آن بررسی پرونده و مستندات ارسال شده از سوی متقاضی و تایید موارد مجاز بستن لوله های رحمی می باشد.

### اعضای کمیته:

- ۱- رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان
- ۲- رئیس مرکز بهداشت شهرستان
- ۳- نماینده معاونت درمان
- ۴- یک متخصص زنان و زایمان
- ۵- یک متخصص داخلی
- ۶- یک متخصص جراحی<sup>۲</sup>
- ۷- یک متخصص روانپزشکی<sup>۳</sup>
- ۸- مسئول بهداشت خانواده و کارشناس باروری سالم شهرستان
- ۹- سایر تخصص های مرتبط حسب مورد (در صورت ضرورت و بنا بر تشخیص کمیته)

رئیس این کمیته رئیس شبکه بهداشت و درمان و دبیر آن رئیس مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود. محل استقرار دبیرخانه این کمیته در ستاد بهداشت خانواده شهرستان می باشد. ابلاغ اعضای کمیته باید از سوی رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان صادر گردد.

▪ متخصصین منتخب در این کمیته ترجیحاً می بایست از بین متخصصین شاغل در شبکه بهداشت و درمان شهرستان باشند. بدیهی است در صورت نبودن متخصص مورد نظر در بخش دولتی می توان از متخصصین بخش خصوصی که منتخب باشند استفاده نمود.

ضمناً افراد صاحب رای در این کمیته در زمینه بررسی و تایید بستن لوله های رحمی، عبارتند از: رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان، رئیس مرکز بهداشت شهرستان، متخصص زنان و زایمان، متخصص داخلی، متخصص جراحی، متخصص روانپزشکی و نماینده معاونت درمان. لازم به ذکر است با توجه به دستور جلسه و در صورت نیاز می توان از سایر متخصصین مرتبط نیز دعوت نمود.

▪ تشکیل کمیته برای تایید موارد نیازمند مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی) الزامی است.

تشکیل کمیته زمانی رسمیت پیدا می کند که متخصصین داخلی و زنان حتماً حضور داشته باشند و حضور ریاست محترم شبکه بهداشت یا رییس مرکز بهداشت شهرستان الزامی خواهد بود. ضمناً توجه شود که

<sup>۲</sup> در صورتی که شهرستانی فاقد متخصص جراح باشد، شرکت ایشان در جلسات کمیته الزامی نمی باشد.

<sup>۳</sup> در صورتی که شهرستانی فاقد متخصص روانپزشک باشد، شرکت ایشان در جلسات کمیته الزامی نمی باشد.



موارد تایید شده در کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" در هر شهرستان، برای کلیه سیستم شبکه بهداشتی - درمانی کشور قابل قبول خواهد بود.

- در شهرستان های فاقد متخصص داخلی و جراحی پس از جمع بندی مستندات توسط ستاد بهداشت خانواده شهرستان مستندات به دبیرخانه کمیته نزدیک ترین شهرستانی که کمیته در آن تشکیل می شود ارسال و صورتجلسه طی نامه به شهرستان مبدا ارسال خواهد شد.
- در شهرستان هایی که فاقد شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشند (از جمله شهرستان های مراکز استان ها)، به جای رییس شبکه بهداشت و درمان، حضور معاونت درمان ستاد دانشگاه یا نماینده قانونی وی در جلسات کمیته الزامی است. بدیهی است کلیه وظایف رییس شبکه بهداشت و درمان بر عهده ایشان قرار خواهد گرفت.

#### شرح وظایف رییس کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی":

- صدور ابلاغ اعضای کمیته
- حضور فعال در کلیه جلسات کمیته
- ایجاد فضای مناسب برای تشکیل فعال کمیته ها
- دعوت از اعضای کمیته

#### شرح وظایف اعضا کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی":

- شرکت منظم در جلسات کمیته
- بررسی همه مستندات تشخیصی، آزمایشگاهی، تصویر برداری و خلاصه پرونده افراد متقاضی ارجاع شده
- تصمیم گیری بر اساس دستور عمل ارسالی و مستندات موجود

#### شرح وظایف مسئول دبیرخانه کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی":

- دریافت کلیه مستندات لازم شامل: مستندات پزشکی، گواهی پزشک معالج و فرم شماره ۱، کارت ملی زن و شوهر، اصل و تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه خانم
- ارایه فرم شماره ۲ (درخواست خدمات مراقبت باروری ویژه) و دریافت فرم تکمیل شده
- سازماندهی و برنامه ریزی تشکیل کمیته ها و تعیین تاریخ تشکیل آن و اعلام به اعضای کمیته (پیشنهاد می گردد روز/روزهایی در ماه به عنوان روز برگزاری این جلسات تثبیت شود)
- برگزاری منظم جلسات کمیته و طرح موارد درخواست شده همراه با مستندات لازم در هر جلسه و تهیه صورتجلسه که به امضای کلیه اعضاء حاضر در جلسه رسیده باشد
- توضیح کامل به متقاضیان در خصوص فرایند دریافت این خدمت
- تکمیل و ارسال فرم شماره ۳ (فرم ارجاع فرد متقاضی به بیمارستان)
- تهیه صورتجلسه کمیته و تکمیل فرم شماره ۵ (فهرست اسامی موارد بررسی شده در کمیته بررسی و تایید خدمات مراقبت باروری ویژه/ بستن لوله های رحمی)

- دریافت بازخورد از بیمارستان در خصوص انجام عمل بستن لوله های رحمی و تکمیل فرم شماره ۶ (فهرست اسامی دریافت کنندگان خدمات مراقبت باروری ویژه / بستن لوله های رحمی)
- ارسال گزارش فصلی در قالب فرمت درخواستی به معاونت بهداشتی

#### پایش و نظارت مراقبت باروری ویژه (خدمت بستن لوله های رحمی):

ارتقای کیفیت ارائه خدمات مراقبت باروری ویژه/ بستن لوله های رحمی، نیازمند پایش و نظارت است تا اشکالات و انحرافات از استانداردها مشخص و برای بهبود فرایندهای آن مداخلات مناسبی طراحی و اجرا گردد. در این راستا چک لیست های شماره ۱ (اجرایی سازی دستورعمل در سطح معاونت بهداشت دانشگاه) و ۲ (پایش ستاد شهرستان) و ۳ (پایش عملکرد کمیته شهرستانی بررسی و تایید مراقبت باروری ویژه/ بستن لوله های رحمی) طراحی گردیده است و انتظار می رود چک لیست های شماره ۲ و ۳ در بازه زمانی هر شش ماه یک بار توسط تیم نظارت معاونت بهداشتی دانشگاه تکمیل و بازخورد مناسب به شهرستان مورد پایش داده شود. ذکر این نکته ضروری است که هدف از این پایش و نظارت ها کمک به مرتفع نمودن مشکلات و موانع ارائه خدمت به شکل استاندارد می باشد.

سایر انتظارات مورد تاکید به شرح زیر می باشد:

- با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه، کلیه اطلاعات خدمت بستن لوله های رحمی در سیستم HIS ثبت شود، به گونه ای که گزارش ها قابل احصا باشد.
- اطلاعات خدمت بستن لوله های رحمی در جدول درج شده در پورتال دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس قسمت اداره باروری سالم و جمعیت هر سه ماه یک بار تکمیل گردد.
- اطلاعات خدمت بستن لوله های رحمی پس از جمع آوری از سطوح محیطی تحلیل و هر شش ماه یک بار گزارش تحلیلی به دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس ارسال گردد.

# فهرست شواهد تشخیصی بیماری های مجاز دریافت خدمت مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)

جدول شماره ۱: فهرست شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری های مجاز دریافت خدمت بستن لوله های رحمی

دسته بیماری	نام بیماری نیازمند مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)	شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری و مستندات همراه
بیماری های کلیوی	- گلومرولونفریت (با نظر یک نفرولوژیست یا دو متخصص داخلی در صورت نبود نفرولوژیست)	- شواهد بالینی به ویژه هیپر تانسین
	- CKD در صورت کراتینین بالای ۲ و GFR زیر ۳۰	- نتایج بیوپسی کلیه
	- نارسای مزمن کلیه (با نظر یک نفرولوژیست یا دو متخصص داخلی در صورت نبود نفرولوژیست)	- آزمایشات ادرار (دفع پروتئین و خون و یا هر دو با هم) - آزمایشات خون (کراتینین بالای ۲ و GFR زیر ۳۰)
بیماری های زنان و مامایی	- پلاستنا اکرتا و پروپا توتال (به شرط داشتن سن بالای ۴۰ سال و در صورت داشتن حداقل ۳ فرزند سالم)	- سونوگرافی توسط پریناتولوژیست - سونوگرافی توسط رادیولوژیست هیات علمی دانشگاه در صورت نبود پریناتولوژیست - سونوگرافی توسط رادیولوژیست بخش خصوصی در صورت نبود هیات علمی
	- سابقه پارگی رحم (شامل جراحی مچل انسزین نمی شود)	- پرونده پزشکی و گزارش شرح عمل
	- سابقه میومکتومی همراه با باز شدن آندومتر (مادر باردار در صورت داشتن حداقل ۳ فرزند سالم)	- پرونده پزشکی و گزارش شرح عمل
	- سزارین سوم و یا بیشتر (مادر باردار با سن ۳۵ سال و بالاتر در صورت داشتن حداقل ۳ فرزند سالم)	- مستندات رسمی (شناسنامه...) - سوابق و پرونده پزشکی فرد
	- سابقه ۵ زایمان و بیشتر (زنان با سن ۳۵ سال و بالاتر در صورت داشتن حداقل ۳ فرزند سالم)	- مستندات رسمی (شناسنامه...) - سوابق و پرونده پزشکی فرد
بیماری های مغز و اعصاب	- ایی لپسی مقاوم به درمان و یا قابل کنترل با داروهای تراتوژن	- شواهد بالینی
	- سابقه Stroke، ترومبوز سینوس های وریدی	- شواهد بالینی و تصویربرداری
	- مالفورماسیون عروق مغزی (AVM) غیر قابل درمان/ غیر قابل جراحی، آنوریسم غیر قابل جراحی	- شواهد تصویربرداری
	- تومور مغزی غیر قابل جراحی و ناتوان کننده	- شواهد تصویربرداری
	- ترومای مغزی ناتوان کننده	- شواهد بالینی و تصویربرداری
	- واسکولیت های سیستم عصبی مرکزی غیر قابل کنترل یا کنترل شونده با داروهای ایمونوساپرسیو تراتوژن	- شواهد بالینی و تصویربرداری
	- بیماری های نوروماسکولار: میاستنی گراویس، دیستروفی عضلانی، نوروپاتی مزمن، موتورنرون SMA و ALS	- شواهد بالینی و الکترودیگنوستیک
	- اختلالات عصبی پیشرونده: پارکینسون، هانتینگتون، دیستونی ژنرالیزه	- شواهد بالینی
	- مولتیپل اسکلروزیس (MS) تحت درمان با ایمونوساپرسیو تراتوژن، یا MS کنترل شده در صورتی که دو فرزند داشته باشد، یا MS همراه با معلولیت	- شواهد بالینی و تصویربرداری
	- (Neuromyelitis optica) NMO	- شواهد بالینی و تصویربرداری و آزمایشگاهی

دسته بیماری	نام بیماری نیازمند مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)	شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری و مستندات همراه
بیماری های تنفسی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- هیپرتانسیون پولمونری</li> <li>- آمفیژم، فیبروز ریه</li> <li>- کارتاژنز و دکستروکاردی</li> <li>- بیماری LAM</li> <li>- بیماری مزمن ریوی همراه با مصرف داروی تراتوزن</li> <li>- بیماری مزمن ریوی شدید و ناتوان کننده</li> <li>- بیماری مزمن ریوی غیرقابل برگشت</li> <li>- بیماری مزمن ریوی نیازمند داروهای تراتوزن مادام العمر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی و اکوکاردیوگرافی</li> <li>- رادیوگرافی و سی تی اسکن</li> <li>- رادیوگرافی قفسه سینه و تشخیص هیپوکسی</li> </ul>
سرطان ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سرطان متاستاتیک با نظر و مشاوره متخصص سرطان با توجه به بقا و نوع سرطان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی</li> <li>- شواهد آزمایشگاهی و پاتولوژی</li> <li>- تصویر برداری و رادیولوژی</li> </ul>
بیماری های خون	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیماری های مزمن خونی (با نظر یک هماتولوژیست و متخصص زنان) (در صورت نبود هماتولوژیست با نظر متخصص داخلی)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی، شدت عارضه و گزارش پرونده پزشکی فرد</li> <li>- آزمایشات</li> </ul>
بیماری های پوستی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تیخال حاملگی (pemphigoid gestationis)</li> <li>- Herpes gestationis با نظر متخصص پوست</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سوابق و پرونده پزشکی</li> <li>- شواهد بالینی (خارش، ضایعات کهبیری، وزیکول و ضایعات تارگت)</li> <li>- نتایج پاتولوژی</li> <li>- ایمونوفلورسانس مستقیم (DIF)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ژئودرماتوزهای متوسط و شدید (با نظر متخصص پوست و ژنتیک) شامل:</li> <li>- انواع ایکتیوزها (ایکتیوز وولگاریس، X-linked، ایکتیوز لاملار، congenital ichthyosiform)</li> <li>- erythroderma، ایکتیوز درمولیتیک و ایکتیوزهای اکتسابی)</li> <li>- انواع بیماری های اپیدرمولیز بولوز</li> <li>- سایر بیماری های ژئودرماتوز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معاینه بالینی</li> <li>- شواهد آزمایشگاهی و پاتولوژی</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پسوریازیس شدید و ژنرالیزه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی</li> <li>- شواهد پاتولوژی</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پسوریازیس پسچولر ژنرالیزه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی (پسچول های متعدد استریل در زمینه اریتماتو)</li> <li>- شواهد پاتولوژی</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پمفیگوس متوسط و شدید</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی (ضایعات تاولی شل و آروزیون های دهانی)</li> <li>- شواهد پاتولوژی</li> <li>- ایمونوفلورسانس مستقیم و غیرمستقیم</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پمفیگوس پارائتوپلاستیک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی (درگیری مخاطی و استوماتیت شدید)</li> <li>- نتایج پاتولوژی</li> <li>- ایمونوفلورسانس مستقیم و غیرمستقیم</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لوپوس پوستی با ضایعات متعدد با نظر دو متخصص روماتولوژی و پوست</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شواهد بالینی</li> <li>- ایمونوفلورسانس مستقیم</li> </ul>

		- شواهد آزمایشگاهی
<b>دسته بیماری</b>	<b>نام بیماری نیازمند مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)</b>	<b>شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری و مستندات همراه</b>
<b>بیماری های بافت همبند</b>	- تمامی بیماری های بافت همبند (به تایید دو متخصص روماتولوژیست) - لوپوس اریتماتو سیستمیک	- شواهد بالینی و ضایعات پوستی - آزمایشات روماتولوژی و یا بیوپسی پوستی (پاتولوژی)
<b>بیماری های روان</b>	- بیماری های سایکوتیک (بای پولار و اسکیزوفرنی و ...) مقاوم به درمان - دمانس با علل غیر قابل درمان - عقب ماندگی ذهنی شدید (با نظر روانپزشک) - بیماری های روانی (با نظر دو روانپزشک) - بیماری شدید، مزمن یا ناتوان کننده روانپزشکی (به تایید پزشک معالج یا پزشک مرکز خدمات جامع سلامت) - موارد مستعد عود اختلال روانپزشکی در حین بارداری یا پس از زایمان (به تایید پزشک معالج یا پزشک مرکز خدمات جامع سلامت) - افرادی که مصرف مرتب داروهای روانپزشکی برای آن ها ضرورت دارد و دارو اثرات شناخته شده ای بر جنین دارد. که به تایید پزشک معالج یا پزشک مرکز بهداشتی درمانی رسیده باشد.	- شواهد بالینی، سوابق و پرونده پزشکی
<b>بیماری های عفونی</b>	AIDS -	- نتایج تست های سرولوژی و ویرولوژی
<b>بیماری های گوارشی</b>	- سیروز یا هر سندرم بودکیاری که واریس مری دهد	گواهی پزشک معالج همراه با یکی از مستندات زیر: - نتیجه آنژیوگرافی - نتیجه ونوگرافی - نتیجه داپلرسونوگرافی
<b>ژنتیک</b>	- خطر تولد فرزند مبتلا به بیماری ژنتیک صعب العلاج (مطابق با قانون سقط درمانی) (به تایید پزشک مشاور ژنتیک)	- نظر پزشک مشاور ژنتیک و حداقل یکی از مستندات زیر: - نتیجه آزمایش تشخیص ژنتیک پیش از تولد - شجره نامه و وجود تکرار بیماری در خانواده - آزمایش تشخیص طبی مویب بیماری در فرد مبتلا (به عنوان مثال آزمایش سطح فاکتور انعقادی در هموفیلی یا فنیل آلانین بالا در فنیل کتونوری یا سایر متابولیت ها غیر طبیعی در بیماری های متابولیک ارثی)

دسته بیماری	نام بیماری نیازمند مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)	شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری و مستندات همراه
بیماری های قلبی <sup>۴</sup>	- افزایش فشارپولمونر به هر دلیل	- گزارش کاتتریزاسیون (افزایش فشار پولمونر $\text{Mean} > 25 \text{ mmHg}$ ) - یا گزارش اکوکاردیوگرافی (تشخیص دال بر افزایش فشار پولمونر)
	- کاهش عملکرد بطن چپ $\text{EF} < 30\%$	- اکوکاردیوگرافی - یا $\text{CMR}$
	- سابقه PPCM با هر اختلال عملکرد قلب باقیمانده	- وجود سابقه زایمان قبلی بیمار که منجر به کاهش EF شده است و اکوکاردیوگرافی با هر EF ولی GLS مختل یا دوبوتامین استرس اکو که کاهش رزرو قلب را نشان دهد.
	- تنگی شدید دریچه میترال، تنگی شدید علامت دار دریچه آئورت	- گزارش اکوکاردیوگرافی - شرح حال بیمار (در خصوص علائم بیماری در تنگی دریچه آئورت) - یا گزارش کاتتریزاسیون
	- بطن راست سیستمیک با اختلال عملکرد متوسط یا شدید	- گزارش اکوکاردیوگرافی - یا کاتتریزاسیون - یا گزارش $\text{CMR}$
	- کوارکتاسون آئورت غیرقابل اصلاح	- گزارش اکوکاردیوگرافی - یا گزارش $\text{CT}$ آنژیوگرافی - یا گزارش $\text{CMR}$ - یا گزارش کاتتریزاسیون
	- دیلاتاسیون آئورت صعودی ( $> 45 \text{ mm}$ ) در مرفان و سایر موارد بیماریهای ارثی آئورت، $> 50 \text{ mm}$ در دریچه آئورت دولتی یا تترالوژی فالوت، $> 25 \text{ mm/m}^2$ در سندروم ترنر)	- گزارش اکوکاردیوگرافی با قید سایز آئورت - یا گزارش $\text{CT}$ آنژیوگرافی با قید سایز آئورت - یا گزارش $\text{TEE}$ (اکوی مری) با قید سایز آئورت
	- سندرم اهلرز دانلوس	- مشورت ژنتیک - و ظاهر شخص در معاینات
	- سابقه جراحی فونتان با هر عارضه ای	- گزارش عمل جراحی - و گزارش اکوکاردیوگرافی یا $\text{CMR}$ یا $\text{CT}$ آنژیوگرافی برای تعیین عوارض
	- اختلال متوسط عملکرد بطن چپ $(\text{EF} = 30 - 45\%)*$	- گزارش اکوکاردیوگرافی - یا گزارش $\text{CMR}$

<sup>۴</sup> به طور کلی برای تشخیص بیماری های قلبی، سوابق قبلی بیمار به صورت ثبت شده شامل گزارش های بستری در بیمارستان، نوار قلب، هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، نتیجه آنژیوگرافی، نتیجه اکوکاردیوگرافی، نتیجه  $\text{CT-scan}$  یا  $\text{CMR}$  ( $\text{MRI}$  قلب) که نشان دهنده انجام جراحی خاص یا مداخله خاص در قلب بوده باشد یا کاهش عملکرد قلب، سایز آئورت، وجود دریچه مکانیکی، عملکرد بطن راست و چپ و اندازه گیری فشار ریه می باشد.

دسته بیماری	نام بیماری نیازمند مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)	شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری و مستندات همراه
بیماری های قلبی (ادامه)	- سابقه PPCM با رفع کامل هر گونه اختلال عملکرد قلب*	وجود سابقه کاهش EF در زایمان قبلی همراه با یکی از مستندات زیر: - گزارش اکوکاردیوگرافی جدید با $EF >= 55\%$ و GLS نرمال - گزارش CMR جدید با EF نرمال و GLS نرمال - گزارش اکوکاردیوگرافی جدید با $EF >= 55\%$ یا CMR جدید با EF نرمال و دوبوتامین استرس اکوی نرمال با رزرو نرمال
	- دریچه های مکانیکی قلب*	- گزارش عمل جراحی و گزارش اکوکاردیوگرافی دال بر تعویض دریچه و شرایط فعلی آن
	- بطن راست سیستمیک *	- گزارش کاتتریزاسیون قلب یا گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش CMR
	- جراحی فونتان چنانچه همه موارد دیگر نرمال و بدون عارضه باشد*	- گزارش عمل جراحی و گزارش اکوکاردیوگرافی برای تعیین عوارض یا CMR یا CT آنژیوگرافی
	- بیماری های سیانوتیک قلبی غیرقابل اصلاح *	- گزارش کاتتریزاسیون یا گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش CMR و نتیجه Pulse Oximetry و ظاهر شخص در معاینه و سابق بیمار (که در آن قید شده باشد که درمان curative ندارد) یا سابقه جراحی شانت یا palliative
	- بیماری کمپلکس قلبی*	- گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش کاتتریزاسیون یا گزارش CT آنژیوگرافی یا گزارش CMR
	- تنگی متوسط دریچه میترال*	- گزارش اکوکاردیوگرافی (با قید تنگی متوسط میترال یا سطح دریچه میترال بین $1.5-2 \text{ cm}^2$ )
	- تنگی شدید آئورت بدون علامت*	- گزارش اکوکاردیوگرافی و شرح حال بیمار یا تست ورزش (فرد به Maximal Heart rate بدون علامت برسد بدون افت فشار و تغییر ST-T)
	- دیلاتاسیون متوسط آئورت 40-45mm در مارفان یا سایر بیماریهای ارثی آئورت، 45-50mm در دریچه دولتی آئورت، $< 50 \text{ mm}$ در تترالوژی فالوت و 20-25mm/m2 در سندرم ترنر *	- گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش CT آنژیوگرافی یا گزارش CMR
	- تاکی کاردی بطنی*	- سابقه بیمار یا ECG یا هولترمانیتورینگ و دریافت درمان یا سابقه مطالعه الکتروفیزیولوژی یا سابقه ICD به دلیل تاکی کاردی بطنی
	- اختلال عملکرد بطن چپ $EF > 45\%$ (در صورت داشتن حداقل یک فرزند)	- گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش CMR



دسته بیماری	نام بیماری نیازمند مراقبت باروری ویژه (بستن لوله های رحمی)	شواهد تشخیصی بالینی دال بر بیماری و مستندات همراه
بیماری های قلبی (ادامه)	- کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک (در صورت داشتن حداقل یک فرزند)	- گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش CMR
	- بیماری های دریچه های native یا بیوپروتز در موارد تنگی خفیف میترال یا متوسط آنورت (در صورت داشتن حداقل یک فرزند)	- گزارش اکوکاردیوگرافی (در دریچه های native و وجود تنگی خفیف میترال یا تنگی متوسط آنورت یا تنگی پولمونر یا نارسایی دریچه ها و غیره) - گزارش عمل جراحی (در دریچه بیوپروتز و گزارش اکوکاردیوگرافی)
	- سندروم مارفان یا بیماری های ارثی آنورت با سایز آنورت طبیعی (در صورت داشتن حداقل یک فرزند)	- مشورت ژنتیک و ظاهر شخص در معاینات
	- آنورت <45mm در دریچه دولتی آنورت (در صورت داشتن حداقل یک فرزند)	- گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش CMR یا گزارش TEE
	- کوآرکتاسیون اصلاح شده (در صورت داشتن حداقل یک فرزند)	- گزارش عمل جراحی و گزارش اکوکاردیوگرافی اخیر یا گزارش CT آنژیوگرافی اخیر
	- نقص دهلیزی بطنی (در صورت داشتن حداقل یک فرزند)	- گزارش اکوکاردیوگرافی و اشاره به عدم افزایش فشارپولمونر در گزارشات
	- نقص بین دهلیز یا بین بطنی عمل نشده (در صورت داشتن حداقل ۲ فرزند)	- گزارش اکوکاردیوگرافی و اشاره به عدم افزایش فشارپولمونر در گزارشات
	- تترالوژی فالوت ترمیم شده (به شرطی که اختلال عملکرد بطن راست یا دریچه ای یا آنورت صعودی نداشته باشد) (در صورت داشتن حداقل ۲ فرزند)	- سابقه کاتتریزاسیون و نیز سابقه جراحی کامل تترالوژی و گزارش اکوکاردیوگرافی یا CMR اخیر دال بر عدم وجود RV dysfunction جدی
	- آریتمی ها با نظر دو متخصص قلب (در صورت داشتن حداقل ۲ فرزند)	- سابقه آریتمی در مدارک، ECG یا هولترمانیتورینگ و مشورت الکتروفیزیولوژی
	- سندرم ترنر بدون آنورت دیلاته (در صورت داشتن حداقل ۲ فرزند)	- مشورت ژنتیک و ظاهر شخص در معاینات و گزارش اکوکاردیوگرافی یا گزارش CT آنژیوگرافی
	- فشار خون مزمن (در صورت داشتن حداقل ۲ فرزند)	- سابقه بیمار و سابقه داروهای بیمار و گزارش آنژیوگرافی
	- بیماری های ایسکیمیک قلب	- داروهای مصرفی بیمار
	- سابقه حوادث ترومبوآمبولیک	- مدارک دال بر سابقه DVT یا سابقه آمبولی ریه شامل سونوگرافی داپلر عروق یا CT آنژیوگرافی عروق پولمونر

\*در موارد ستاره دار حتما پزشک مطمئن شود مراجعه کننده قویا تمایل به فرزند آوری ندارد و ترجیح است حداقل یک فرزند را داشته باشد.

## ضمائم: فرم ها، چک لیست ها و دیگر مستندات

## ضمیمه ۱: فرم ها

فرم شماره ۱: معرفی به کمیته

فرم شماره ۲: درخواست بستن لوله های رحمی و فرم رضایت نامه (با حضور همسر)

فرم شماره ۳: معرفی به بیمارستان

فرم شماره ۴: گواهی از پزشک معالج

فرم ۵: صورتجلسه کمیته با آرم معاونت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه

فرم شماره ۶: گزارش گیری از بیمارستان

فرم شماره ۱

به نام خدا

شماره

تاریخ

فرم معرفی بستن لوله های رحمی از مرکز خدمات جامع سلامت

ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان

با سلام و احترام

بدینوسیله خانم ..... با کد ملی شماره ..... متقاضی بستن لوله های رحمی می باشد.

با توجه به دستورالعمل وزارتی به شماره ۳۰۰/۱۷۹۸۳ مورخ ۹۸/۱۰/۱۸ به دلیل ..... و همراه با مستندات پیوست برای طرح در کمیته "بررسی و تأیید بستن لوله های رحمی" شهرستان معرفی می گردد.

دکتر .....

رئیس مرکز خدمات جامع سلامت .....

فرم شماره ۲

به نام خدا

شماره:

تاریخ:

فرم درخواست طرح در کمیته بررسی و تایید بستن لوله های رحمی

ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان.....

با سلام و احترام

اینجانب خانم ..... با کد ملی به شماره .....  
همسر آقای ..... با کد ملی به شماره ..... با  
رضایت و آگاهی کامل خود و همسرم پس از دریافت تمامی مشاوره های لازم درخواست  
بستن لوله های رحمی را دارم.

خواهشمند است با توجه به مستندات پیوست بررسی و اعلام نظر فرمایید.

شماره تلفن ثابت:.....

شماره تلفن همراه:.....

آدرس:

نام و نام خانودگی متقاضی:

امضا و اثر انگشت:

نام و نام خانودگی همسر متقاضی:

امضا و اثر انگشت:

لیست مستندات پیوست

شامل:.....

(توسط دبیرخانه تکمیل می گردد)

فرم شماره ۳

شماره:

تاریخ:

**فرم معرفی به بیمارستان برای دریافت خدمات مراقبت باروری ویژه  
انجام بستن لوله های رحمی**

**ریاست محترم بیمارستان.....**

**با سلام و احترام**

بدینوسیله درخواست خانم ..... با کد ملی به شماره  
..... برای بستن لوله های رحمی در کمیته مطرح شد.  
با توجه به صورتجلسه کمیته "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" شهرستان  
..... در تاریخ .../.../... و به دلیل .....، نامبرده واجد شرایط  
دریافت این خدمت بوده و برای دریافت این خدمت معرفی می گردد.

**رئیس مرکز بهداشت شهرستان.....**

به نام خدا

شماره:

تاریخ: .. / .. / ..

**درخواست بررسی مراقبت باروری ویژه در افراد دارای شرایط پزشکی**

**جناب آقای / سرکار خانم دکتر .....**

**با سلام و احترام**

بدینوسیله سرکار خانم ..... که به دلیل ..... متقاضی دریافت مراقبت باروری ویژه می باشد برای دریافت

۱- خدمات موقت پیشگیری از بارداری

۲- بستن لوله های رحمی

معرفی می گردد. خواهشمند است با توجه به لیست خدمات مراقبت باروری ویژه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (پیوست)، ضمن بررسی، تشخیص نهایی را اعلام بفرمایید.

دکتر .....

پزشک مرکز خدمات جامع سلامت .....

**پزشک محترم مرکز خدمات جامع سلامت شماره.....**

**با سلام و احترام**

سرکار خانم ..... مورد بررسی قرار گرفت.

بیماری ..... برای وی تشخیص داده شد. با توجه به فهرست ارسال شده پیوست نیاز به استفاده از:

۱- روش موقت پیشگیری از بارداری  نوع روش / روش های پیشنهادی .....

۲- بستن لوله های رحمی  دارد.

دکتر .....

**امضا و مهر پزشک**





آرم معاونت بهداشت

آرم معاونت درمان

ادامه فرم شماره ۵

----- ستاد شهرستان

امضای اعضای کمیته:

<p><b>متخصص زنان و زایمان</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>	<p><b>متخصص داخلی</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>	<p><b>رئیس مرکز بهداشت شهرستان</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>	<p><b>رئیس شبکه شهرستان</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>
<p><b>کارشناس مسئول بهداشت خانواده:</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>	<p><b>نماینده معاونت درمان</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>	<p><b>روان پزشک</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>	<p><b>متخصص جراحی</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>
			<p><b>کارشناس باروری سالم</b> نام و نام خانوادگی:</p> <p>مهر/امضاء :</p>

## آرم معاونت درمان

فرم شماره ۶

دانشگاه / دانشکده : .....

مرکز / شبکه : .....

نام بیمارستان ..... تاریخ : .../.../... لغایت : .../.../...

### فهرست اسامی دریافت کنندگان خدمات مراقبت باروری ویژه / بستن لوله های رحمی

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	سن براساس تاریخ تولد	تعداد بارداری	تعداد زایمان	تاریخ آخرین زایمان	تعداد فرزند	دسته بیماری	نوع بیماری ( به طور اختصاصی)	تاریخ ارجاع از پزشک به کمیته	تاریخ برگزاری کمیته	نام شبکه بهداشت و درمان تشکیل کمیته	تاریخ انجام عمل بستن لوله های رحمی	نام شهرستان انجام عمل بستن لوله های رحمی	تلفن تماس
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															

## ضمیمه ۲: چک لیست های پایش ارائه خدمات مراقبت باروری ویژه / بستن لوله های رحمی

چک لیست شماره ۱: پایش اجرایی سازی دستور عمل در سطح معاونت بهداشت دانشگاه

چک لیست شماره ۲: پایش ستاد شهرستان

چک لیست شماره ۳: پایش عملکرد کمیته شهرستانی بررسی و تایید مراقبت باروری ویژه / بستن لوله های رحمی

چک لیست شماره ۱. پایش اجرایی سازی دستور عمل مراقبت باروری ویژه /بستن لوله های رحمی در سطح معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی

نام دانشگاه/ دانشکده..... استان..... شهرستان..... تاریخ پایش..... نام و سمت پایش کننده.....

حیطه:		نوع امتیاز:	
عدم انجام ۰:		انجام بدون مستندات ۱:	مستندات ناقص ۲:
مستندات کامل یا مورد ندارد: ۳:		مستندات کامل یا مورد ندارد: ۳:	
ردیف	نوع فعالیت	استاندارد ارزیابی (نحوه استخراج)	امتیاز
۱	آیا روسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان نسبت به اجرایی سازی این دستور عمل توجه شده اند؟	بررسی مستندات	
۲	آیا با معاونت درمان در راستای اجرای دستور عمل ارایه خدمات مراقبت باروری ویژه جلسه هماهنگی برگزار شده است؟	صور تجلسه	
۳	آیا با همکاری معاونت درمان فرآیند های انجام خدمت بستن لوله های رحمی شفاف شده است؟	بررسی مستندات	
۴	آیا هسته آموزشی شهرستان ها در خصوص دستور عمل مراقبت باروری ویژه و فرآیند اجرایی آن، آموزش لازم را دیده اند؟	حداقل یک جلسه در سال مستندات نشست آموزشی	
۵	آیا محتوا و متون آموزشی مبتنی بر دستور عمل و مکاتبات ابلاغ شده از دفتر توزیع و منتشر شده است؟	لیست توزیع	
۶	آیا در موارد نیازمند ارجاع از شهرستان ها، با معاونت درمان و ... هماهنگی لازم برای ارجاع فرد به متخصص/ متخصصین مربوطه، صورت گرفته است؟	بررسی مستندات هماهنگی انجام شده با معاونت بهداشتی و درمان و اعلام به پزشکان	
۷	آیا اعضای کمیته شهرستانی "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی" تعیین شده اند؟	بررسی مستندات	
۸	برنامه زمانبندی نظارت بر جلسات کمیته شهرستانی در ستاد معاونت بهداشتی تنظیم شده است؟	وجود برنامه حداقل دو بازدید در سال	
۹	نظارت و پایش عملکرد کمیته های شهرستانی توسط معاونت بهداشتی انجام و پسخوراند لازم ارسال گردیده است؟	بررسی مستندات و پسخوراند	

۱۰	آیا پس از پایش عملکرد این خدمت، کمیته های دارای عملکرد مناسب، مورد تشویق قرار گرفته اند؟	بررسی مستندات تشویق
۱۱	آیا اطلاعات و آمار مربوط به شهرستان های تابعه، مطابق با راهنمای اجرایی دریافت و جمع بندی گردیده است؟	بررسی مستندات ارسالی مطابق با جدول زمان بندی
<p>حیطه: نوع امتیاز: عدم انجام :۰ انجام بدون مستندات :۱ مستندات ناقص :۲ مستندات کامل یا مورد ندارد:۳</p>		
ردیف	نوع فعالیت	استاندارد ارزیابی (نحوه استخراج) امتیاز
۱۳	اطلاعات مرتبط با خدمات مراقبت باروری ویژه/ بستن لوله های رحمی گردآوری، تحلیل و گزارش شده است؟	مستند/ مستندات بررسی شود، تحلیل آمار هر ۶ ماه یکبار
۱۴	آیا کارشناس مسئول باروری سالم از شایعترین عللی (شرایط/ بیماری ها) که منجر به بستن لوله های رحمی در آن دانشگاه شده، آگاهی دارد؟	پرسش و پاسخ

▪ موارد قابل تشویق

▪ موارد قابل اصلاح

▪ اقدامات و برنامه ی لازم



چک لیست شماره ۲. پایش ستاد شهرستان

نام دانشگاه/ دانشکده..... استان..... شهرستان ..... تاریخ پایش..... نام و سمت پایش کننده.....

حیطه:		نوع امتیاز:	
عدم انجام: ۰		انجام بدون مستندات: ۱	
مستندات ناقص: ۲		مستندات کامل یا مورد ندارد: ۳	
ردیف	نوع فعالیت	استاندارد ارزیابی (نحوه استخراج)	امتیاز
۱	آیا در سطح شبکه بهداشت و درمان جلسه هماهنگی و توجیهی برای برگزاری کمیته و اطلاع رسانی تشکیل شده است؟	مستندات جلسه با حضور رئیس شبکه، رئیس مرکز بهداشت، بهداشت خانواده شهرستان و نماینده درمان	
۲	در شهرستان های فاقد امکان تشکیل کمیته، آیا به منظور پیشگیری از اتلاف وقت گیرنده خدمت مسیر مشخصی برای انجام این کار تعریف شده است؟	بررسی مستندات و مکاتبات هماهنگی	
۳	آیا هماهنگی لازم برای اطلاع رسانی در خصوص این دستور عمل با نظام پزشکی انجام شده است؟	صورتجلسه	
۴	آیا اطلاع رسانی به بیمارستان ها، پزشکان سایر بخش ها و متخصصین در خصوص روند اجرای این برنامه صورت گرفته است؟ (پزشکان و ماماهاى بخش خصوصى، بیمارستان های خصوصی و...)	بررسی مستندات و صورتجلسات	
۵	آیا کارشناس مسئول بهداشت خانواده و دیگر واحد های مرتبط در مورد دستور عمل کشوری توجیه می باشند؟	پرسش و پاسخ	
۶	آموزش بهورزان، مراقبین سلامت، مراقبین سلامت- ماما و پزشکان در خصوص این دستور عمل توسط ستاد شهرستان صورت گرفته است؟	بررسی صورت جلسات آموزشی، حداقل مدت زمان آموزش برای پرسنل در هر سطح ۴ ساعت می باشد	
۷	آیا مسیرهای ارجاع برای افراد دارای بیماری زمینه ای واجد شرایط دریافت خدمات باروری ویژه تعریف شده	بررسی مستندات هماهنگی و اعلام به پزشکان و هماهنگی انجام شده	

	با معاونت بهداشتی و درمان	است؟	
<b>حیطه:</b>			
<b>نوع امتیاز:      عدم انجام :+      انجام بدون مستندات :۱      مستندات ناقص :۲      مستندات کامل یا مورد ندارد:۳</b>			
۸	آیا فرآیند دریافت خدمت بستن لوله های رحمی از زمان ورود فرد، طرح درخواست در کمیته تا زمان دریافت خدمت، فواصل برگزاری کمیته ها مشخص است؟	وجود الگوریتم یا فلو چارت ارایه خدمت	
۹	آیا روند اطلاعات خدمت بستن لوله های رحمی در شهرستان طی ۳ سال متوالی موجود و تحلیل شده است؟	بررسی مستندات	

▪ موارد قابل تشویق

▪ موارد قابل اصلاح



چک لیست شماره ۳. پایش عملکرد کمیته شهرستانی "بررسی و تایید بستن لوله های رحمی"

نام دانشگاه/ دانشکده..... استان..... شهرستان ..... تاریخ پایش..... نام و سمت پایش کننده.....

حیطه:		نوع امتیاز:	
عدم انجام :۰		انجام بدون مستندات ۱:	
مستندات ناقص ۲:		مستندات کامل یا مورد ندارد: ۳:	
ردیف	نوع فعالیت	استاندارد ارزیابی (نحوه استخراج)	امتیاز
۱	آیا همه اعضاء کمیته شهرستانی ابلاغ عضو کمیته شهرستان را دریافت نموده اند؟	بررسی مستندات ابلاغ ها	
۲	آیا برنامه زمان بندی تشکیل کمیته ها تهیه گردیده و موجود است؟	بررسی برنامه	
۳	آیا هماهنگی با متخصصین عضو کمیته صورت گرفته است؟	بررسی مستندات هماهنگی	
۴	آیا کمیته ها مطابق با جدول زمان بندی برگزار گردیده است؟	بررسی صورتجلسات و برنامه زمانبندی	
۵	آیا فرم های درخواست تکمیل و مستندات متقاضی به طور کامل دریافت شده است؟	بررسی مستندات	
۶	آیا کلیه متقاضیان از سوی مرکز خدمات جامع سلامت (طبق راهنمای اجرایی) به کمیته وارد شده اند؟	بررسی مستندات و سامانه	
۷	آیا صورتجلسات کمیته ها موجود و بر اساس چارچوب تدوین شده تکمیل گردیده است؟	بررسی صورتجلسات	
۸	آیا دبیرخانه موارد ارجاعی و بازخوردها از بیمارستان را جمع آوری و تحلیل نموده است؟		
۹	آیا گزارش ها به موقع به ستاد معاونت ارسال می گردد؟	حداکثر هر سه ماه یکبار	
۱۰	آیا ابزارهای تشویقی برای حضور فعالانه اعضا بکار برده شده است؟	بررسی مستندات تشویق	
۱۱	آیا هماهنگی با بیمارستان ها برای دریافت آمار و اطلاعات مرتبط با انجام عمل بستن لوله های رحمی انجام گردیده است؟	بررسی مستندات هماهنگی	
۱۲	آیا فرآیند هماهنگی با بیمارستان برای دریافت اطلاعات و آمار در جلسات هماهنگی تعریف گردیده است؟	بررسی صورتجلسات	
۱۳	آیا مراجعین با هماهنگی لازم به مرکز درمانی ارجاع داده شده اند؟	بررسی مستندات	

۱۴	آیا جمع بندی اطلاعات و آمار دبیرخانه کمیته شهرستانی به روز است؟	وجود آمار و اطلاعات آخرین ماه
۱۵	آیا در جلسات کمیته اکثریت اعضا شرکت دارند؟	بررسی صورتجلسات
۱۶	آیا مستندات افراد متقاضی در دبیرخانه کمیته وجود دارد؟	بررسی مستندات