



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)

هـ) 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 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
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 آمنیوستتر (Gauge 20-22)	۱ عدد به ازای هر کیسه آمنیون
۲	سرنگ ۱۰ سی سی	۲ عدد به ازای هر کیسه آمنیون
۳	سرنگ ۲ سی سی	۲ عدد به ازای هر کیسه آمنیون
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 آمنیوستز و ثبت هر گونه عارضه بلافاصله بعد از آمنیوستز

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 آمنیوستز 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	کنترا اندیکاسیون		تعداد دفعات مورد نیاز	فواصل انجام		
آمینوستنز	۵۰۲۰۷۵	سرپایی و بستری	- 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 (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	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.