



دبیرخانه تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه خدمات

شناسنامه و استاندارد خرید، اهرودی بیمه ای

اسپیرومتری قبل و بعد از دوز آزمایش بروکودیلاتور

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):

اسپیرومتری 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
------	------------	--	-------------------------	--	--------------------------

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

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:

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

ی) استانداردهای گزارش

تعیین برگشت پذیری حساسیت و انسداد راه های هوایی

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

۱. هموپتزی با علت نامشخصی
۲. بیماری حاد ویروسی تنفسی (آنفلوآنزا، سرماخوردگی و ...)
۳. پنوموتراکس
۴. وضعیت ناپایدار کاردیووسکولار
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

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
		بستری	سرپایی			اندیکاسیون	کنترا اندیکاسیون		تعداد دفعات مورد نیاز	فواصل انجام		
اسپیرومتری با و بدون برونکودیلاتور	901010	*	*	متخصص داخلی، متخصص اطفال ، فوق تخصص ریه، فوق تخصص ایمونولوژی بالینی	فوق تخصص ریه، فوق تخصص ایمونولوژی بالینی، متخصص داخلی، *متخصص اطفال	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	۱. همپتزی با علت نامشخصی ۲. بیماری حاد ویروسی تنفسی (آنفلوآنزا، سرماخوردگی و ...) ۳. پنوموتراکس ۴. وضعیت ناپایدار کاردیووسکولار 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 (بیماران CVA و ...)	بیمارستان، مطب، درمانگاه (عمومی و تخصصی)، دی کلینیک و سایر مراکز تشخیصی درمانی	یکبار در سال	۲۵ الی ۳۰ دقیقه	گزارش شامل: تعیین برگشت پذیری حساسیت و انسداد راه های هوایی	

- 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.