



دبیرخانه تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه خدمات

شناسنامه و استاندارد خرید راهبردی بیمه ای

کارگذاری کاتر دایم و کاف دار به فضای پلور باتونل زدن

تدوین کنندگان:

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

با همکاری:

سازمان بیمه تامین اجتماعی، کمیته امداد دامام خمینی، نیروهای مسلح و بیمه

سلامت ایران

خرداد ۹۷

## بسمه تعالی

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

کارگذاری کاتتر دائم و کاف دار به فضای پلور با تونل زدن

کد ملی: ۳۰۰۶۳۵

### ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

توراستتز و آسپیراسیون درمانی و کار گذاری کاتتر فضای پلور جهت بررسی درمانی پلورزی

### ج) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی:

- پلورال افیوژن

### ج-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

- بر حسب ضرورت

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

متخصص داخلی، متخصص اطفال، فوق تخصص جراحی توراکس، فوق تخصص ریه، فلوشیپ / فوق تخصص مراقبت های ویژه،  
متخصص جراحی عمومی، متخصص عفونی، متخصص طب اورژانس

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

فوق تخصص ریه، فوق تخصص جراحی توراکس، فلوشیپ اینترونشنال رادیولوژی و فلوشیپ / فوق تخصص مراقبت های ویژه

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

| ردیف | عنوان تخصص | تعداد مورد نیاز به<br>طور استاندارد به<br>ازای ارائه هر خدمت | میزان تحصیلات<br>مورد نیاز | سابقه کار و یا دوره<br>آموزشی مصوب در<br>صورت لزوم | نقش در فرایند<br>ارائه خدمت |
|------|------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| ۱    | کمک پرستار | ۱ نفر                                                        | دیپلم به بالا              |                                                    | آماده سازی بیمار            |
| ۲    | پرستار     | ۱ نفر                                                        | لیسانس                     |                                                    |                             |

### ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

- اتاق تهویه مناسب با نور کافی

بیمارستان.

**ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:**

- ندارد

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

| ردیف | اقلام مصرفی مورد نیاز | میزان مصرف (تعداد یا نسبت) |
|------|-----------------------|----------------------------|
| ۱    | سرنگ                  | بر حسب نیاز                |
| ۲    | لیدوکائین             |                            |
| ۳    | آنژیوت                |                            |
| ۴    | سرم های تزریقی        |                            |
| ۵    | ساکشن                 |                            |
| ۶    | کاتتر پلور            |                            |

**ی) استانداردهای گزارش**

- خصوصیات فیزیکی مایع (رنگ، بو و ...) و مقدار مایع تخلیه شده

**م) اقدامات پاراکلینیکی، تصویربرداری، دارویی و ... مورد نیاز قبل از ارائه خدمت:**

در موارد غیر اورژانسی که بیمار بصورت الکتیو مراجعه می نماید رعایت موارد ذیل قبل از ارائه خدمت ضرور است:

- رادیوگرافی قفسه سینه (CXR) با یا بدون CT قفسه سینه، با یا بدون سونوگرافی قفسه سینه

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

- ندارد

-

**ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:**

۱۵ تا ۳۰ دقیقه

**منابع:**

BTS Guideline -  
ATS/ERS -

## کارگذاری کاتتر دائم و کاف دار به فضای پلور با تونل زدن

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                            | اقدامات مورد نیاز قبل از ارائه خدمت و گزارش |
|--------------------------------------------------------|--------|-------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|----------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                                                        |        | بستری       | سرپایی |                                                                                                                                                                      |                                                                                                             | اندیکاسیون    | کنترا اندیکاسیون |                | تعداد دفعات مورد نیاز | فواصل انجام     |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |
| کارگذاری کاتتر دائم و کاف دار به فضای پلور با تونل زدن | 300635 | *           | *      | متخصص داخلی،<br>متخصص اطفال،<br>فوق تخصص جراحی توراکس،<br>فوق تخصص ریه،<br>فلوشیپ / فوق تخصص مراقبت های ویژه، متخصص جراحی عمومی،<br>متخصص عفونی،<br>متخصص طب اورژانس | فوق تخصص ریه،<br>فوق تخصص جراحی توراکس،<br>فلوشیپ اینترونشنال رادیولوژی و فلوشیپ / فوق تخصص مراقبت های ویژه | پلورال افیوژن | ندارد            | بیمارستان      | بر حسب ضرورت          | ۱۵ الی ۳۰ دقیقه | در موارد غیر اورژانسی که بیمار بصورت الکتیو مراجعه می نماید رعایت موارد ذیل قبل از ارائه خدمت ضروری است:<br>• رادیوگرافی قفسه سینه (CXR) با یا بدون CT قفسه سینه، با یا بدون سونوگرافی قفسه سینه<br>* استانداردهای گزارش شامل: خصوصیات فیزیکی مایع (رنگ، بو و ...) و مقدار مایع تخلیه شده |                                             |

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