

مجموعه دستور العمل های مدون اعزام و انتقال استاندارد بیماران و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

تهیه و تنظیم: ستاد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی

Medical Care Monitoring Center(MCMC)

اداره مامایی معاونت درمان

ویرایش اول: پاییز ۱۳۹۵

فهرست

فصل	عنوان	صفحه
فصل اول	کلید واژه ها	۳-۵
فصل دوم	نگرشی بر سطوح اعزام کننده	۶-۷
فصل سوم	دستورالعمل اعزام و پیگیری بیماران	الف: فرایند شناسایی، پیگیری و ثبت اطلاعات مادران باردار پرخطر ۸-۱۰
		ب: فرایند اعزام و انتقال مادران باردار ۱۱
		ج: فرایند پسخوراند مراقبت های درمانی مادران باردار پرخطر ۱۱
		تعریف جایگاه و شرح وظایف سوپروایزر مامایی ۱۲-۱۳
	بخش دوم: سایر بیماران	۱۴-۱۸
فصل چهارم	دستورالعمل ثبت اطلاعات در سامانه MCMC	بخش اول: ثبت درخواست اعزام مادران باردار و پس از زایمان ۱۹-۲۰
		ب: ثبت اطلاعات و پیگیری مادر باردار پرخطر ۲۰
		بخش دوم: ثبت درخواست اعزام بیماران ۲۰
		بخش سوم: ثبت آمار تخت بخش های کلیه مراکز درمانی ۲۱
		بخش چهارم: ثبت برنامه مقیمی و آنکالی ماهیانه کلیه مراکز درمانی ۲۱
		بخش پنجم: ثبت آمار و اطلاعات اعزام های ماهیانه کلیه مراکز درمانی ۲۱
		بخش ششم: ثبت گزارشات عملکرد مدیریت بحران و آماده باش ها ۲۲-۲۳
فصل پنجم	نمونه فرم های دستورالعمل	فرم درخواست اعزام مادران باردار (A) ۲۴-۲۶
		فرم درخواست اعزام مادران پس از زایمان (B) ۲۷-۲۸
		فرم شناسایی مادر باردار پرخطر در بیمارستان ۲۹-۳۱
		فرم ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر (C) ۳۲-۳۳
		فرم ثبت روند ارائه خدمات درمانی به مادران باردار پرخطر ۳۴
		فرم ثبت اطلاعات امدادخواهی مادران باردار منتج به اعزام در سامانه MCMC ۳۵
		فرم درخواست اعزام بیماران مراکز درمانی سرپایی جهت ثبت در سامانه MCMC ۳۶
		فرم درخواست اعزام بیماران مراکز درمانی بستری جهت ثبت در سامانه MCMC ۳۷-۳۸
		چک لیست بررسی بیماران قبل از اعزام ۳۹
		فرم ثبت وضعیت مادر باردار و مراقبت های حین انتقال بین مراکز درمانی ۴۰-۴۱
	فلوچارت فرایندها	فرم ثبت وضعیت بیمار و مراقبت های حین اعزام سایر بیماران ۴۲-۴۳
		فرم گزارش اعزام غیر استاندارد ۴۴
		فلوچارت اعزام مادران باردار و بیماران از مراکز درمانی بستری (بیمارستان ها) ۴۵
		فلوچارت اعزام مادران باردار و بیماران از مراکز سرپایی (درمانگاه، زایشگاه های مستقل) ۴۶
	فلوچارت اعزام مادران باردار توسط اورژانس پیش بیمارستانی (۱۱۵)	فلوچارت اعزام مادران باردار توسط اورژانس پیش بیمارستانی (۱۱۵) ۴۷
		فلوچارت شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر ۴۸
فصل ششم	تجزیه و تحلیل و پیگیری لازم (اعزام های غیر استاندارد)	۴۹-۵۰



فصل اول:

کلید واژه ها

۱. **ستاد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی MCMC :** حوزه ستادی - عملیاتی شبانه روزی مستقر در معاونت درمان که با رسالت مدیریت و هماهنگی توزیع بیماران و پایش روند ارائه خدمات درمانی در سطح کلیه مراکز درمانی بستری تحت نظارت مستقیم معاون درمان فعالیت می نماید.
۲. **مرکز عملیات اورژانس پیش بیمارستانی EOC :** واحد ستادی مستقر در مجموعه مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی که به منظور فرماندهی و هماهنگی بین پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی، در مرکز استان تحت نظارت مدیر حوادث و فوریت های پزشکی فعالیت می کند.
۳. **مرکز ارتباطات/اتاق فرمان :** یکی از واحدهای اورژانس که در مرکز شهرستان پاسخگوی امداد خواهی های واصله حسب تقسیمات جغرافیایی و زیر نظر مرکز عملیات اورژانس پیش بیمارستانی EOC فعالیت می کند.
۴. **پایگاه ثابت جاده ای :** پایگاه اورژانس ثابتی است که تحت مدیریت اتاق فرمان، مأموریت های امدادی به امدادخواهی های واصله را انجام می دهد.
۵. **پزشک مقیم :** به پزشک مجموعه های درمانی اطلاق می شود که ساعات اداری - غیر اداری در روزهای عادی و تعطیل حضور فیزیکی در بیمارستان داشته و به محض فراخوان شدن بر اساس قوانین، مداخلات درمانی مورد نیاز را بر بالین بیمار انجام می دهد.
۶. **پزشک آنکال :** پزشکی است که در ساعات کشیک (در خارج از ساعت اداری و ایام تعطیل) طبق برنامه کشیک آنکالی تایید شده توسط تیم مدیریتی بیمارستان (حسب فرایندهای قانونی) قابل دسترسی و احضار به آن مرکز درمانی باشد. بدیهی است باید حدود زمانی دسترسی به پزشک آنکال طبق برنامه به اطلاع پزشک آنکال رسیده باشد و موافقت ایشان کسب شده باشد.
۷. **زمان حضور پزشک آنکال :** پزشکان آنکال در صورت لزوم بنا به نوع تخصص باید در زمان مقرر در مرکز درمانی حضور پیدا کنند. بدیهی است که موقعیت جغرافیایی و یا زمانی نمی تواند توجیه کننده تاخیر پزشک آنکال مربوطه باشد. لازم است زمان تماس با پزشک آنکال توسط سوپروایزر وقت بیمارستان ثبت گردد. در این زمینه رعایت دسته بندی سه گانه زیر در زمینه بیماران اورژانسی الزامی است.
- الف: تخصص هایی که حضور بلادرنگ و فوری پزشک آنکال الزامی است: همانند تخصص های بیهوشی، کاردیولوژی.
- ب: تخصص هایی که حضور سریع (کمتر از ۳۰ دقیقه) پزشک آنکال الزامی است: همانند جراحی اعصاب، زنان و زایمان، داخلی، کودکان، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، نورولوژی، ارتوپدی، ارولوژی، رادیولوژی، چشم.
- ج: تخصص هایی که حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است: همانند پوست، پرتودرمانی .

تبصره: بدیهی است که در مورد هر رشته، اورژانس های حیاتی که نیاز به حضور بلادرنگ متخصص آنکال مربوطه دارد در صورت درخواست حضور، باید پزشک آنکال هر چه سریع تر و بلادرنگ در مرکز درمانی حضور یابد.

۸. اعزام: اقدام به جابجایی بیمار به مرکز دیگری جهت دریافت هرگونه خدمات تشخیصی، درمانی و یا مشاوره.

۹. پذیرش: قبول انجام تصمیم متخذه در اعزام توسط مرکز درمانی مقصد.

۱۰. انتقال: تمهیدات لازم به منظور تحقق اهداف اعزام به صورت **موقت** (در خصوص مشاوره، خدمات تشخیصی و یا درمانی دیگر در بازه زمانی کوتاه مدت) و یا **دائم** (به منظور ادامه روند دریافت خدمات) در بیمارستان مقصد.

۱۱. مرکز اعزام کننده: به مرکز درمانی اطلاق می شود که درخواست اعزام بیمار را می نماید.

۱۲. مرکز پذیرش دهنده: به مرکز درمانی اطلاق می شود که درخواست پذیرش بیمار را صادر می نماید.

۱۳. وسایل امدادی: به کلیه وسایل نقلیه اعم از هلی کوپتر، اتوبوس آمبولانس و آمبولانس گفته می شود که رسالت نقل و انتقال امدادخواهی های منتج به اعزام (در حوزه پیش بیمارستانی) و جابجایی بیماران در سطح مراکز درمانی سرپایی و بستری را به عهده دارند.

۱۴. نظام سطح بندی ارجاع: به مجموعه تقسیم بندی ارائه خدمات بیماران که با لحاظ جمیع شرایط اعم از جغرافیایی، تخصص های مورد نیاز توسط ستاد هدایت معاونت درمان برنامه ریزی می گردد.

تبصره: مداخله در نظام سطح بندی پیشگفت و مدیریت توزیع بیماران بر اساس شرایط زمانی و مکانی مراکز درمانی مبدا و مقصد بر عهده ستاد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی (MCMC) بوده و کلیه مراکز درمانی ملزم به تبعیت از آن می باشند.

۱۵. حوادث فورس ماژور: به حوادث پیش بینی نشده و غیر قابل اجتنابی که روند جاری ارائه خدمات را متوقف و یا تحت الشعاع قرار می دهد، اطلاق می گردد.

فصل دوم :

نگرشی بر سطوح اعزام کننده



الف: اورژانسی پیش بیمارستانی

ب: مراکز درمانی سرپایی اعم از درمانگاه ها و زایشگاه های مستقل

ج: مراکز درمانی بستری (کلیه بیمارستان ها)

د: ستاد هدایت سایر استان ها



فصل سوم :

دستورالعمل اعزام و پیگیری بیماران

بخش اول: مادران باردار

الف: فرایند شناسایی، پیگیری و ثبت اطلاعات مادران باردار پرخطر:

۱- کلیه مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ها، از زمان بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان و یا پس از ختم بارداری (سقط یا حاملگی خارج از رحمی) (اورژانس و غیر اورژانس) حتی در مواردی که شکایت اصلی آنان عوارض بارداری و زایمان نمی باشد، می بایست از نظر مامایی مورد بررسی قرار گیرند. این بررسی می بایست در اتاق معاینه بلوک زایمان بیمارستان های جنرال و یا در اورژانس بیمارستان های تک تخصصی زنان و زایمان توسط متخصص زنان و زایمان یا ماما انجام شود و پس از بررسی های اولیه، موارد غیر مامایی به متخصص مربوطه ارجاع داده شود.

۲- مادران پرخطر به محض ورود به بیمارستان به موقع و بصورت فعال شناسایی گردیده و جهت انجام دقیق، به موقع و کامل اقدامات تشخیصی درمانی و مراقبت های مربوطه پیگیری گردند.

۳- کلیه بخش های درمانی ملزم به شناسایی مادران پرخطر (بر اساس چک لیست شناسایی مادر پرخطر)، ثبت اطلاعات در فرم ثبت اطلاعات و پیگیری مادران پرخطر (C) و تحویل فرم به سوپروایزر مامایی / سوپروایزر بالینی (پس از تایید پزشک معالج) می باشند.

تبصره ۱: کلیه مادران باردار از زمان بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان و یا پس از ختم بارداری (سقط یا حاملگی خارج از رحم) می بایست از نظر شاخص های پرخطر بررسی گردند.

تبصره ۲: شناسایی این دسته از بیماران به محض پذیرش بیمار صورت خواهد پذیرفت.

۴- پس از دریافت اطلاعات بخش های درمانی، سوپروایزر ملزم به ثبت اطلاعات فرم C در سامانه با قید فوریت خواهد بود.

تبصره: فرایند ثبت اطلاعات در سامانه در شیفت صبح توسط سوپروایزر مامایی و در شیفت عصر و شب و تعطیلات توسط سوپروایزر بالینی صورت می پذیرد.

۵- پس از شناسایی و ثبت اطلاعات مادران باردار پرخطر، مسئول شیفت بخش مربوطه ملزم به تکمیل فرم گزارش روند ارائه خدمات درمانی مادران پرخطر (تا پایان شیفت) و تحویل فرم به سوپروایزر می باشد.

تبصره ۱: هرگونه تغییر ناگهانی منتج به تهدید حیات در وضعیت بیمار و یا وقوع مرگ در تمامی ساعات شبانه روز ضمن ثبت آنی در سامانه و اطلاع رسانی به سوپروایزر، می بایست از طریق سوپروایزر به کارشناس مامایی مستقر در ستاد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی اطلاع رسانی شود.

تبصره ۲: بیمارستان ها و درمانگاه ها مجاز به صدور گواهی فوت برای مادران باردار فوت شده نمی باشند.

تبصره ۳: گواهی فوت باید صرفاً توسط پزشکی قانونی صادر گردد.

۶- کلیه مراکز درمانی ملزم به تشکیل تیم فوریت های مامایی و معرفی به اداره مامایی معاونت درمان بوده که رسالت این تیم بررسی و ارائه مشاوره در خصوص روند مراقبت های انجام شده جهت مادران پرخطر بستری می باشد.

تبصره ۱: اعضای تیم مذکور شامل متخصصین رشته های زنان، جراحی عمومی، بیهوشی، داخلی، قلب هماتولوژی، نفرولوژی و سایر گروه های تخصصی و مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزر بالینی، سوپروایزر مامایی و مسئول شیفت بلوک زایمان می باشد.

تبصره ۲: فراخوان اعضای تیم پیشگفت حسب تشخیص و به صلاحدید پزشک معالج و توسط سوپروایزر شیفت صورت می پذیرد.

۷- کلیه گزارشات مادران پرخطر ثبت شده در سامانه توسط کارشناس مامایی MCMC رصد گردیده و حسب مورد ضمن مداخله، گزارشات پیگیری در سامانه ثبت می گردد.

۸- اقدامات فوق الذکر تا زمان ترخیص، اعزام به مرکز دیگر و یا فوت مادر باردار پرخطر ادامه خواهد یافت.

۹- به منظور ارتقاء فرایند پیگیری مادران باردار پرخطر، مداخلات صورت گرفته جهت این دسته از مادران می بایست در کمیته مورتابلیتی و موربیدیته بیمارستان تجزیه و تحلیل گردیده و صورتجلسات مربوطه ماهیانه به اداره مامایی معاونت درمان ارسال شود.

۱۰- در صورت نیاز متخصصین زنان مراکز به استفاده از تجربیات علمی و عملی متخصصین با تجربه دانشگاه و انجام مشاوره، مطابق با شیوه نامه استاد معین در مراکز تحت پوشش شبکه های بهداشتی درمانی با استاد معین همان شبکه و در مورد بیمارستان های سطح شهر اصفهان با متخصصین زنان آنکال مراکز آموزشی درمانی الزهرا^(س) و شهید بهشتی مطابق با برنامه ارسالی تماس حاصل شود. بدیهی است همانند سایر مشاوره ها مسئولیت بیمار مورد مشاوره بر عهده پزشک معالج است.

ب: فرایند اعزام و انتقال مادران باردار:

- ۱- شرایط عمومی اعزام همانند سایر بیماران می باشد.
- ۲- در صورت نیاز به اعزام و یا هرگونه اقدام تشخیصی درمانی دیگری که در مرکز پذیرش دهنده انجام آن امکان پذیر نباشد بیمارستان اجازه ارجاع سرپایی مادر باردار به مرکز درمانی دیگری را نخواهد داشت.
- ۳- مادران پرخطر می بایست پس از Stable شدن وضعیت و علائم حیاتی اعزام شوند و از اعزام این بیماران در وضعیت Unstable اکیداً خودداری شود.
- ۴- در مورد مادرانی که ممکن است در مسیر اعزام نیازمند مراقبت های پزشکی تخصصی از قبیل اینتوباسیون و احیاء باشند (از جمله بیماران پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی، سندرم HELLP، خونریزی های شدید و غیره) می بایست اعزام با همراهی متخصص بیهوشی انجام گردد.
- تبصره: در خصوص اعزام مادران در سایر شرایط، لازم است بر اساس نوع مراقبت مورد نیاز، اعزام با همراهی متخصص بیهوشی یا متخصص زنان و در صورت عدم امکان، حداقل پزشک عمومی (علاوه بر پرسنل مامایی و پرستاری) صورت گیرد.
- ۵- در مادران وابسته به اکسیژن، علاوه بر این که بیمار در طول مسیر اعزام، اکسیژن دریافت می کند، در مورد استفاده از اکسیژن پرتابل در دو مرحله (از زمان انتقال بیمار از بخش مربوطه به آمبولانس در بیمارستان مبدأ و از موقع انتقال بیمار از آمبولانس تا زمان تحویل وی در بیمارستان مقصد) دقت لازم بعمل آید.
- ۶- اولین ویزیت بیماران اعزامی در بیمارستان مقصد بایستی توسط پزشک متخصص (نه دستیاران) انجام گردد.
- ۷- فرایند ثبت درخواست اعزام مادران باردار در سامانه همانند سایر بیماران می باشد.
- تبصره: جهت مادران در مقطع بارداری، فرم درخواست اعزام مادر باردار (A) و جهت مادران در مقطع پس از زایمان، فرم درخواست اعزام مادر پس از زایمان (B) تکمیل می گردد.

ج: فرایند پسخوراند مراقبت های درمانی مادران باردار پرخطر به واحدهای بهداشتی:

- پس از ترخیص مادران باردار پرخطر و در راستای پیگیری مراقبت های بهداشتی آنان توسط شبکه های بهداشت و درمان، گزارش الکترونیکی از خدمات ارائه شده درمانی به مادر باردار در طول مدت بستری در بیمارستان در قالب فرم پسخوراند به شهرستان محل سکونت منطبق بر آدرس اعلامی و ثبت شده در سامانه منعکس خواهد شد.
- تبصره: تفکیک، پیگیری، ارجاع، مداخله، گزارش گیری و هر گونه عملیات دیگری در خصوص این دسته از بیماران ترخیص شده که محل سکونت آنان شهرستان اصفهان است بر عهده حوزه معاونت بهداشتی می باشد.

سوپروایزر مامایی:

تعریف: به منظور ارتقای کیفی خدمات و مراقبت های مادران و نوزادان در بیمارستان ها و با توجه به تنوع و تعدد برنامه های مربوط به سلامت مادر و نوزاد در سطح بیمارستان ها و ضرورت برنامه ریزی، سازماندهی، نظارت و ارزشیابی مناسب این برنامه ها، در همه بیمارستان های دارای بخش های مرتبط با مادر و نوزاد فردی به عنوان سوپروایزر مامایی تعیین که مسئولیت پیگیری، پایش و ارزیابی برنامه های فوق الذکر و نهادینه کردن آنها را عهده دار گردد.

بنابراین سوپروایزر مامایی مسئولیت نظارت و پایش فعالیت های درمانی، آموزشی و پژوهشی بخش های مربوطه (بلوک زایمان، زنان و مامایی، درمانگاه زنان و مامایی و کلاس های آمادگی برای زایمان) را بر عهده دارد.

شرایط احراز: سوپروایزر مامایی باید حداقل دارای ۵ سال سابقه کار در بلوک زایمان و مدرک کارشناسی ارشد (ترجیحاً) یا کارشناسی مامایی باشد.

جایگاه سازمانی: سوپروایزر مامایی در زیرمجموعه دفتر مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان فعالیت می کند.

شرح وظایف سوپروایزر مامایی:

۱- وظایف اجرایی / عملیاتی سوپروایزر مامایی

۲- وظایف آموزشی و پژوهشی

۱- وظایف اجرایی / عملیاتی سوپروایزر مامایی:

- مشارکت در تدوین برنامه عملیاتی بخش های مربوطه و نظارت دقیق و مستمر بر اجرای کلیه فعالیت های مرتبط
- پیگیری، نظارت و پایش اجرای پروتکل های کشوری و دستورالعمل های ابلاغی از وزارت متبوع و دانشگاه در حیطه سلامت مادران و نوزادان شامل:
 - خط مشی های اعتباربخشی بخش های مربوطه
 - دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی طرح تحول نظام سلامت
 - اقدامات ده گانه بیمارستان های دوستدار مادر و کودک
 - بسته خدمتی نوزاد سالم
 - آموزش شیردهی و تماس پوستی مادر و نوزاد در بخش های مربوطه
 - پیگیری روزانه مادران اعزام شده و پرخطر بستری در بیمارستان و ارسال گزارش به ستاد هدایت معاونت درمان
 - پیگیری و مکاتبه با مراکز بهداشتی در مورد بستری مادران باردار پرخطر پس از ترخیص به منظور پیگیری توسط کارکنان مراکز بهداشتی

- ارسال گزارشات و آمارهای مختلف (گزارش فوری مرگ مادران، ثبت زایمان در سامانه ایمان، ثبت اطلاعات در سامانه اعزام و پیگیری مادران پرخطر ستاد هدایت (MCMC)، ارسال اطلاعات و آمار زایمان متخصصین زنان، ثبت مرگ و میر پریناتال و...)
- برگزاری و مستندسازی کلاس های آموزشی آمادگی برای زایمان طبیعی
- فرایندهای بالینی و غیر بالینی در بخش های مربوطه
- فرایند کنترل عفونت بیمارستانی در بخش های مربوطه
- بازدید مستمر و نظارت بر ارائه خدمات در بخش های مربوطه با استفاده از ابزار مناسب (چک لیست و ...)
- شرکت فعال در کمیته های بیمارستانی مرتبط (کمیته ایمنی مادر و نوزاد و ترویج زایمان طبیعی، ترویج تغذیه با شیر مادر، مرگ و میر مادر، مرگ و میر پریناتال، احیای نوزاد و...) و پیگیری انجام مصوبات تا حصول نتیجه
- نظارت بر چگونگی مصرف و نگهداری تجهیزات و داروها در بخش های مربوطه
- هماهنگی با مسئول بلوک زایمان جهت نیاز سنجی نیروهای انسانی مورد نیاز
- نظارت بر نحوه بررسی شکایات و پاسخگویی به مددجویان در بخش های مربوطه

۲- وظایف آموزشی و پژوهشی:

- نظارت بر برنامه کارآموزی و آموزش بالینی دانشجویان در بخش های مربوطه
- تعیین اولویت های پژوهشی و مشارکت در انجام طرح های تحقیقاتی
- شرکت فعال در سمینارها، کنگره ها و... مرتبط با تازه های مامایی
- همکاری با سوپروایزر آموزشی در نیازسنجی آموزشی بخش های مربوطه
- مشارکت در طراحی و اجرای دوره های آموزشی مورد نیاز پزشکان و کارکنان بخش های مربوطه
- اطلاع رسانی و هماهنگی جهت شرکت پزشکان و کارکنان در دوره های آموزشی استانی و کشوری
- پیگیری جهت تهیه وسایل کمک آموزشی (فیلم، پوستر، پمفلت...) مورد استفاده در بخش های مربوطه

بخش دوم: سایر بیماران

الف – اورژانس پیش بیمارستانی : ماموریت تیم اورژانس پیش بیمارستانی در امدادخواهی هایی که منتج به اعزام بیماران به سطح مراکز درمانی می گردد .

۱. کلیه مراکز درمانی ملزم به پذیرش بلاقید و شرط بیماران منتقل شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی می باشند.
 ۲. بازه زمانی آزاد سازی آمبولانس های اورژانس پیش بیمارستانی حداکثر ۱۵ دقیقه خواهد بود.
 ۳. اورژانس پیش بیمارستانی ملزم به ثبت اطلاعات امدادخواهی های مادران باردار منتج به اعزام در سامانه MCMC خواهد بود.
 ۴. در مواردی که امداد خواهی مادر باردار نیازمند استفاده از امداد هوایی می باشد ضمن بررسی و تایید عوارض احتمالی افزایش ارتفاع در مادر باردار (توسط سرویس تخصصی مربوطه) به MCMC اطلاع رسانی تا پس از هماهنگی با EOC نسبت به اعزام بالگرد به منطقه اقدام گردد.
- تبصره ۱: تحقق درخواست امداد هوایی منوط به تجمیع شروط تامه پرواز ایمن و مشروط به تایید یگان هوانیروز در بازه زمانی مشخص خواهد بود.

ب- مراکز درمانی سرپایی (درمانگاه ها و مراکز تسهیلات زایمانی) :

- ۱- کلیه مراکز درمانی غیر بستری (مشمول بر درمانگاه ها، مراکز تسهیلات زایمانی) ملزم به برنامه ریزی و بسترسازی استقرار سامانه MCMC می باشند.
 - ۲- چنانچه مراکز مذکور (مورد اشاره در ماده ۱ بند ب) فاقد بستر لازم در خصوص ثبت درخواست اعزام باشند ملزم به ایجاد تمهیدات لازم (حداکثر ظرف مدت یکماه) خواهند بود.
 - ۳- تا زمان آماده سازی پیشگفت ، ثبت درخواست های واصله از مجموعه های فوق توسط تیم ستاد هدایت انجام می گیرد.
- تبصره: بر اساس مفاد ماده ۱۴ دستورالعمل فصل سوم آیین نامه تاسیس درمانگاه های وزارت متبوع : (درمانگاه ها باید حداقل یک دستگاه آمبولانس برای تمام ساعات در اختیار داشته باشند و در صورت در اختیار نداشتن آمبولانس باید با مراکز آمبولانس خصوصی برای تأمین نیاز بیماران قرارداد همکاری منعقد نمایند).
- ۴- مراکز درمانی سرپایی نیازمند اخذ پذیرش از مراکز درمانی بستری نبوده و پس از ثبت درخواست اعزام و هماهنگی با MCMC ضمن رعایت شرایط اعزام استاندارد نسبت به اعزام بیمار اقدام خواهند نمود.

ج- مراکز درمانی بستری (کلیه مراکز درمانی استان):

ج-۱: درخواست های منتج به اعزام :

- ۱- درخواست اعزام بیمار منوط به تایید سرویس تخصصی مرکز درمانی مبدا باشد.
- ۲- کلیه اطلاعات و مستندات مرتبط با اعزام حسب مندرجات سامانه به صورت صحیح و با دقت ثبت گردد.
- ۳- مسئولیت صحت ورود اطلاعات در سامانه MCMC منطبق بر فرم فیزیکی به عهده سوپروایزر کشیک می باشد.
- ۴- هماهنگی های لازم در خصوص اطلاع رسانی و اخذ رضایت های لازم (حسب خط مشی تأیید شده بیمارستانی) از بیمار/ همراه بیمار بایستی صورت پذیرد.
- ۵- پس از ارسال تاییدیه الکترونیکی قبول درخواست اعزام به بیمارستان مبدا ، مرکز درمانی مبدا نسبت به تکمیل چک لیست قبل از اعزام و آماده سازی شرایط اعزام بیمار اقدام نماید.
- ۶- بیمارستان مقصد نیز پس از دریافت تاییدیه الکترونیکی پذیرش بیمار مورد نظر، نسبت به فراهم نمودن تمهیدات لازم اقدام نماید.
- ۷- تیم درمانی بیمارستان مبدا قبل از اعزام از پایداری شرایط بیمار اطمینان حاصل نماید.
- ۸- همراهی کادر پزشکی و یا پیراپزشکی در کلیه اعزام ها به تناسب وضعیت بالینی بیمار و با تعیین سرویس تخصصی مربوطه الزامی است.
- ۹- مرکز درمانی مبدا (اعزام کننده) موظف است برگه اعزام الکترونیکی را در دو نسخه پرینت و ضمن تایید (سرویس تخصصی ، پزشک درخواست کننده و سوپروایزر مبدا و مشخصات کامل تیم همراه) تحویل ایشان نموده که پس از پذیرش بیمار در مقصد و تایید سرویس پذیرش دهنده و سوپروایزر مقصد یک نسخه به پرونده مقصد و یک نسخه به پرونده مبدا الصاق خواهد شد.
- تبصره ۱: فرایند ثبت اطلاعات تحویل بیمار در سامانه MCMC پس از رسیدن بیمار نیز بایستی همزمان در بیمارستان مقصد صورت پذیرد.
- تبصره ۲: از تاریخ ابلاغ این دستورالعمل ، تکمیل هر گونه فرم تحت عنوان فرم اعزام لغو می گردد.
- ۱۰- در مواردی که بیمار جهت انجام اقدامات تشخیصی و یا مشاوره ای اعزام می گردد ، مراکز درمانی مقصد ملزم به پوشش درمانی و مداخله لازم (در صورت درخواست تیم همراه) خواهند بود .
- ۱۱- بیمارستان مبدا موظف به اعزام بیمار با تیم ملازم مجرب و آمبولانس آماده به کار و مجهز به تجهیزات و امکانات مورد نیاز می باشد.

۱۲- در صورت درخواست آمبولانس هوایی و یا موبایل ICU توسط پزشک اعزام کننده، پس از اطلاع رسانی به ستاد هدایت، هماهنگی لازم با مرکز عملیات اورژانس (EOC) و تایید موارد صورت خواهد پذیرفت.

۱۳- کلیه مسئولیت های مترتب به اعزام بیماران تا پذیرش بیمار در مقصد به عهده پزشک و بیمارستان مبدا می باشد.

۱۴- به منظور حصول اطمینان و کاهش ضریب خطای احتمالی مراکز درمانی در امر انتقال تکمیل چک لیست اعزام بیماران الزامی است.

۱۵- کلیه مراکز درمانی ملزم به ارائه خدمات به بیماران بوده فلذا صرف تماس های تلفنی مراکز با ستاد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی مبنی بر پر بودن تخت های اورژانس و یا بخش های ویژه رافع رسالت ایشان در امر خدمت رسانی به بیماران اورژانسی نخواهد بود و مسئولیت حسن اجرای کار بر عهده روسای مراکز درمانی خواهد بود.

تبصره ۱: نداشتن بخش های ویژه و یا تخت خالی بخش ویژه رافع ادامه درمان در مراکز درمانی نبوده و مسئولیت مداخلات و پیگیری درمان تا ایجاد بستر مورد نیاز به عهده تیم پزشکی بیمار خواهد بود.

۱۶- با عنایت به اینکه تخت بخش های ویژه تحت عنوان تخت ملی تلقی می گردد لازم است قبل از هر اقدامی که منجر به کاهش یا توقف در سرویس دهی این دسته از بخش ها می گردد (اعم از بازسازی ساختمانی، تعمیر، نصب تجهیزات، و ...) مراکز درمانی ملزم به ارسال صورتجلسه کمیته های مربوطه (حداقل یک ماه قبل) به معاونت درمان بوده و پس از کارشناسی لازم دستور هماهنگی لازم جهت پوشش درمانی به آن مرکز (در بازه زمانی مشخص شده) صادر گردد.

تبصره ۱: بخش اورژانس و واحدهای پاراکلینیکی تشخیصی نیز در شمول بند فوق قرار می گیرد.

تبصره ۲: در خصوص اقداماتی نظیر washing، موارد پس از هماهنگی و تایید ستاد هدایت بلامانع خواهد بود.

ج-۲: درخواست اعزام های پذیرفته نشده :

۱- در صورتی که اقدام برای پذیرش بیماران توسط سرویس تخصصی مراکز درمانی مقصد موفق نباشد، موارد توسط تیم کشیک MCMC در سامانه الکترونیکی ثبت و پسخوراند به مرکز درمانی مبدا ارسال می گردد.

تبصره ۱: لغو درخواست اعزام در مراکز آموزشی بایستی توسط اعضای محترم هیات علمی (و یا دستیار ارشد کشیک) و در سایر مراکز درمانی توسط متخصص سرویس مورد نیاز صورت پذیرد.

تبصره ۲: سرویس تخصصی کلیه مراکز درمانی (مقیم/آنکال) ملزم به همکاری و پاسخگویی به تیم کشیک MCMC خواهند بود.

تبصره ۳: متخصص لغو کننده درخواست اعزام نسبت به عدم پذیرش در کمیته های علمی پاسخگو خواهد بود.

۲- تیم درمانی مبدا ملزم به ادامه ارائه خدمات به این دسته از بیماران خواهد بود.

۳- مسئولیت این دسته از بیماران تا زمان ترخیص و یا انتقال به مرکز درمانی دیگری بر عهده تیم پزشکی و پیراپزشکی بیمارستان مبدا می باشد .

ج-۳: درخواست قرار گرفته در لیست انتظار :

۱- در صورتی که اقدام برای اعزام بیماران (پس از پذیرش سرویس تخصصی مربوطه بدلیل خالی نبودن تخت های ویژه) منتج به قرار گرفتن در لیست انتظار گردد، موارد توسط تیم کشیک MCMC در سامانه الکترونیکی ثبت و پسخوراند به مرکز درمانی مبدا ارسال می گردد.

تبصره ۱: بازه زمانی پیگیری بیماران لیست انتظار توسط تیم MCMC، ۲۴ ساعت می باشد.

تبصره ۲: در صورت عدم تحقق پذیرش به جهت لغو اعزام/لیست انتظار درخواست اعزام مجدد حسب فرایند ثبت می گردد.

۲- هرگونه نیاز به خدمات بخش های ویژه رافع مسئولیت تیم پزشکی و پیراپزشکی بیمارستان مبدا (در مواردی که منتج به قرار گرفتن در لیست انتظار می گردد) نخواهد بود، بنابراین مسئولین فنی بیمارستان ملزم به ایجاد تمهیدات لازم در این خصوص می باشد .

تبصره مهم : در کلیه مواردی که پس از بررسی و نتیجه گیری تیم کشیک ستاد هدایت نیاز به اعزام باشد، نظر ستاد هدایت (به منظور پرهیز از عدم رعایت نظامات دولتی منتج به هرگونه قصور سازمانی) فصل الخطاب خواهد بود .

د- اعزام و یا پذیرش (به / از) سایر استان ها :

۱- فرایند اخذ پذیرش و اعزام بیمار در خصوص درخواست های واصله از ستاد هدایت های سایر استان ها نیز با فرایند فوق قابل تسری خواهد بود.

تبصره ۱: کلیه مراکز درمانی تحت هیچ شرایطی مجاز به اعزام یا پذیرش بیمار از سایر استان ها خارج از فرایند پیشگفت نمی باشند.

تبصره ۲: مسئولیت پذیرش و یا اعزام این دسته از بیماران به جهت تبعات برون بخشی با سایر دانشگاه های علوم پزشکی بر عهده شخص رئیس بیمارستان خواهد بود.

فصل چهارم:

دستورالعمل ثبت اطلاعات

در سامانه MCMC

بخش اول: ثبت درخواست اعزام مادران بارداری و پیگیری مادران پرخطر

الف- ثبت درخواست اعزام مادر بارداری و پس از زایمان:

- ۱- پس از ورود به سامانه MCMC، درخواست مورد نظر ثبت گردد.
- ۲- مراحل ثبت درخواست مورد نظر در پنج گام بصورت کامل با درج اطلاعات دقیق صورت پذیرد.
- ۳- پس از ثبت موارد طی تماس تلفنی با تیم کشیک MCMC، موارد پیگیری گردد.
- ۴- درخواست واصله طی فرایند تعریف شده از طریق کارتابل الکترونیکی بازخواند داده می شود.

ب- ثبت اطلاعات و پیگیری مادر بارداری پرخطر:

- ۱- پس از ورود به سامانه MCMC، اطلاعات مورد نظر ثبت گردد.
- ۲- مراحل ثبت اطلاعات مادر بارداری پرخطر در دو گام بصورت کامل با درج اطلاعات دقیق صورت پذیرد.
- ۳- فرم پیگیری مادر بارداری پرخطر در هر شیفت کاری توسط سوپروایزر مامایی / بالینی تکمیل و ارسال گردد.
- ۴- درخواست واصله طی فرایند تعریف شده از طریق کارتابل الکترونیکی بازخواند داده می شود.

بخش دوم: ثبت درخواست اعزام بیماران

- ۱- پس از ورود به سامانه MCMC، درخواست مورد نظر ثبت گردد.
- ۲- مراحل ثبت درخواست مورد نظر در دو گام بصورت کامل با درج اطلاعات دقیق صورت پذیرد.
- ۳- پس از ثبت موارد طی تماس تلفنی با تیم کشیک MCMC، موارد پیگیری گردد.
- ۴- درخواست واصله طی فرایند تعریف شده از طریق کارتابل الکترونیکی بازخواند داده می شود.

بخش سوم: ثبت آمار تخت بخش های کلیه مراکز درمانی بستری

با نگرش به فراهم سازی داشبورد پایگاه داده های سیستم HIS مراکز درمانی بخش مذکور به صورت دستی به شرح ذیل وارد می شود:

۱- ثبت آمار بخش های درمانی:

۱-۱- کلیه سوپروایزرهای مراکز موظفند نسبت به ثبت آمار بخش های درمانی خود طبق زمانبندی ذیل اقدام نمایند:

شیفت صبح (حداکثر تا ساعت ۸:۳۰)

شیفت عصر (حداکثر تا ساعت ۱۴:۳۰)

شیفت شب (حداکثر تا ساعت ۲۰:۳۰)

۱-۲- باتوجه به قابلیت سامانه، هرگونه تغییر در آمار بخش ها، باید توسط سوپروایزر همان شیفت در سامانه ویرایش گردد.

توجه: تصمیم گیری بر پذیرش و اعزام بیماران توسط کارشناسان ستاد هدایت و اطلاع رسانی به استناد آخرین ویرایش انجام شده در مراکز درمانی صورت می پذیرد؛ لذا مسئولیت عدم ویرایش به موقع و اشکال در روند اعزام و پذیرش بیماران، بعهده آن مرکز و سوپروایزر شیفت مربوطه خواهد بود.

بخش چهارم: ثبت برنامه مقیمی و آنکالی ماهیانه کلیه مراکز درمانی استان

ماده ۱- مراکز درمانی موظفند نسبت به ثبت برنامه مقیمی و آنکالی ماه آتی در سامانه MCMC حداکثر تا تاریخ ۲۸ ماه جاری اقدام نمایند.

تبصره: هرگونه جابجایی و یا تغییر در برنامه ثبت شده بایستی توسط سوپروایزر همان شیفت ضمن هماهنگی قبلی در سامانه ویرایش گردد.

بخش پنجم: ثبت آمار و اطلاعات اعزام های ماهیانه کلیه مراکز درمانی

ماده ۱- واحد آمار مراکز درمانی ملزم به ثبت گزارش اعزام های ماهیانه حداکثر تا پنجم ماه آتی می باشند.

تبصره: ثبت آمار و اطلاعات مقوله منفک از ثبت درخواست اعزام های مراکز درمانی بوده و تحت عنوان گزارش عملکرد ماهیانه تلقی خواهد شد. بنابراین ثبت درخواست اعزام در هر مورد الزامی می باشد.

بخش ششم: ثبت گزارشات عملکرد مدیریت بحران و آماده باش ها (حسب موارد اعلامی معاونت درمان)

حوادث فورس ماژور : به حوادث پیش بینی نشده و غیر قابل اجتنابی که روند جاری ارائه خدمات را متوقف و یا تحت الشعاع قرار می دهد اطلاق می گردد.

۱- بروز هرگونه بحران ، مخاطرات اعم از (اختلال و یا قطعی سیستم های پشتیبانی اعم از قطعی برق ، آب و یا تلفن و ارتباطات و...) - بلایا اعم از طبیعی (زلزله ، سیل...) ، (بیماری های اپیدمی) و سایر مواردی که در دستورالعمل های مدیریت بحران ابلاغ گردیده است.

۲- آماده باش : عبارت است از پیش بینی تمهیدات خاص فراتر از فرایندهای جاری در سطح مراکز درمانی هدف به منظور نیل به اهداف مرتبط .

دسته بندی آماده باش ها :

الف) آماده باش حضور شخصیت های کشوری:

۱- سطوح مقامات تراز اول شخصیتی:

۱-۱- مقام معظم رهبری، ریاست محترم جمهور و وزیر محترم بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و مقامات همتراز خارجی

۱-۲- سایر وزرای محترم، فرماندهان ارشد نظامی و مقامات همتراز خارجی

۱-۳- معاونین وزرا و مقامات همتراز خارجی

ب) آماده باش های مناسبتی اعم از اعیاد باستانی (تعطیلات نوروزی)، مراسم مذهبی (تاسوعا و عاشورا و اربعین حسینی)، اعیاد مذهبی (عید غدیر، عید قربان و ...) و سایر مناسبت های رسمی کشوری

ج) آماده باش های موردی در بحران، بلایا و سایر موارد مصوب شورای تامین استان

تعیین تیم ذیصلاح ملازم در فراخوان ها:

۱- تعیین تیم ذیصلاح ملازم در رکاب شخصیت ها اعم از تیم همراه موبایل ICU مستقر در بخش های درمانی مراکز

و...

۲- فراخوان سریع تیم بحران در مورد خاص از سطح مراکز درمانی

پس از اعلام سطح آماده باش و مناسبت های مورد نظر کلیه مراکز هدف آماده باش باید نسبت به پیش بینی تمهیدات هدف اقدام نموده و بالاترین مقام مراکز هدف شخصا بر این امر نظارت مستقیم نموده و پاسخگوی موارد خواهند بود.

فصل پنجم :

نمونه فرم های دستورالعمل

و فلوجارت فرایندها

« فرم درخواست اعزام مادران باردار (فرم A) »

اطلاعات کلی و شرح حال مامایی

مشخصات پذیرش:

تاریخ درخواست اعزام: نام بیمارستان مبدأ: نام مسئول شیفت زایشگاه / بخش: نام سوپروایزر: نام پزشک درخواست کننده اعزام: شیفت درخواست: صبح ☐ عصر ☐ شب ☐

تشخیصی اولیه:

- ☐ پره ترم لیبر ☐ پاره اکلامپسی ☐ پارگی زودرس پرده های جنینی ☐ خونریزی ☐ اکلامپسی ☐ اولیگوهایدر آمینوس ☐ چندقلوپی ☐ پیل هیدر آمینوس ☐ حاملگی پست ترم ☐ IUFD ☐ پیشرفت ناکافی لیبر ☐ پرزانتاسیون غیر طبیعی جنین ☐ اختلال صدای قلب جنین ☐ عفوئت ☐ کاهش حرکت جنین ☐ بیماری های ترومبوآمبولی ☐ اختلال روانی ☐ شکم حاد بارداری ☐ بیماری های سیستمیک (قلبی، کلیوی....) ☐ آنورسم و ضایعات مغزی ☐ سایر ☐ تروما ☐ بیماری های مرتبط با بارداری (کبد چرب بارداری، کلستاز، استفراغ شدید)
.....

علت اعزام:

- ☐ نداشتن خدمات تشخیصی ☐ نبودن تجهیزات درمانی ☐ خالی نبودن تخت ICU ☐ خالی نبودن تخت CCU ☐ انجام خدمات خاص (اکسس گذاری) ☐ عدم حضور پزشک متخصص ☐ خالی نبودن تخت RCU ☐ خالی نبودن تخت NICU ☐ عدم تمایل بیمار ☐ انجام مشاوره ☐ مشکل مالی بیمار ☐ نداشتن بخش مربوطه

مشخصات مادر:

شماره پرونده: نام و نام خانوادگی مادر: نام و نام خانوادگی همراه: نسبت با مادر: شماره تماس فرد همراه مادر: سن مادر: کد ملی: اتباع خارجی: ☐ محل سکونت مادر: استان: شهرستان: آدرس:

شرح حال مامایی:

تعداد بارداری (G): تعداد زایمان (P): تعداد سقط (Ab): تعداد فرزندان زنده (L): سن بارداری بر حسب هفته (GA): تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): تعداد سزارین (CS): تاریخ احتمالی زایمان (EDC):

علائم حیاتی و سطح هوشیاری:

فشارخون (BP) (mm/Hg): نبض (PR): درجه حرارت (T): تنفس (RR):
وضعیت تنفس: ☐ خودبخود ☐ اینتوبه
سطح هوشیاری (GCS):
وضعیت هوشیاری: ☐ هوشیار ☐ خواب آلوده
در صورت ابتلاء مادر به پره اکلامپسی: ☐ سردرد ☐ تاری دید ☐ درد اپی گاستر ☐ تهوع و استفراغ ☐ تشنج
در صورت وجود تشنج: نوع: مدت زمان (بر حسب دقیقه و ثانیه):

سابقه بیماری و بستری:

سابقه قبلی بستری: ☐ دارد ☐ ندارد
علت بستری:

سابقه بیماری های زمینه ای (در بارداری های قبلی و فعلی):

قلبی عروقی ☐ هماتولوژیک ☐ عصبی (نورولوژیک) ☐ ریوی ☐ دیابت ☐ سایر:
عوارض مرتبط با بارداری:
دیابت بارداری ☐ محدودیت رشد داخل رحمی ☐ پره اکلامپسی ☐ اکلامپسی ☐
اولیگو هیدرآمنیوس ☐ پلی هیدرآمنیوس ☐ سایر:

شرح معاینه مامایی:

کنترکشن رحمی: ☐ ندارد ☐ دارد
وضعیت کنترکشن رحمی: ☐ مداوم ☐ متناوب
تاریخ و ساعت شروع کنترکشن:
وضعیت قلب جنین: تعداد ضربان قلب جنین (FHR):
منظم (Regular) ☐ نامنظم (Irregular) ☐

معاینه واژینال:

خونریزی: ☐ ندارد ☐ دارد
دیلاتاسیون (Dil):
افاسمان (Eff):
پرزانتاسیون (pres):
شدت خونریزی: کم ☐ متوسط ☐ شدید ☐
وضعیت کیسه آمنیوتیک: سالم ☐ پاره شده ☐
نحوه پارگی کیسه آمنیوتیک: ☐ خودبخود ☐ مصنوعی
شفافیت مایع آمنیوتیک: شفاف ☐ مکنونیال ☐
تاریخ و ساعت شروع آبریزش:

گزارش اقدامات صورت پذیرفته و مورد نیاز:

نکات قابل پیگیری در معاینه، آزمایشات، پاراکلینیک، سونوگرافی و ...:

شرح اقدامات انجام شده:

داروهای تجویز شده:

شرح اقدامات مورد نیاز:

مهر و امضاء پزشک معالج:

مهر و امضاء سوپروایزر:

مهر و امضاء مسئول شیفت زایشگاه/ بخش:



« فرم درخواست اعزام مادران پس از زایمان (فرم B) »

اطلاعات کلی و شرح حال مامایی

مشخصات پذیرش:

تاریخ درخواست اعزام: نام بیمارستان مبدأ: نام مسئول شیفت زایشگاه / بخش:
 نام سوپروایزر: نام و تخصص پزشک معالج: نام پزشک درخواست کننده اعزام:
 تاریخ بستری در بیمارستان مبدأ: شیفت درخواست: صبح ☐ عصر ☐ شب ☐

تشخیص اولیه:

پره اکلامپسی ☐ اکلامپسی ☐ اختلال هوشیاری ☐ خونریزی ☐
 بیماری های ترومبو آمبولی ☐ شکم حاد ☐ عفونت پس از زایمان ☐ آنوریسم و ضایعات مغزی ☐
 بیماری های سیستمیک (قلبی، کلیوی،) ☐ سایر: ☐

علت اعزام:

نداشتن خدمات تشخیصی ☐ نبودن تجهیزات درمانی ☐
 خالی نبودن تخت ICU ☐ خالی نبودن تخت NICU ☐
 انجام خدمات خاص (اکسس گذاری) ☐ عدم تمایل بیمار ☐
 عدم حضور پزشک متخصص ☐ انجام مشاوره ☐
 خالی نبودن تخت RCU ☐ مشکل مالی بیمار ☐

مشخصات مادر:

شماره پرونده: نام و نام خانوادگی مادر: نام و نام خانوادگی همراه:
 نسبت با مادر: شماره تماس فرد همراه مادر: سن مادر: کدملی:
 اتباع خارجی: ☐ محل سکونت مادر: استان: شهرستان: آدرس:

شرح حال مامایی:

تعداد بارداری (G): تعداد زایمان قبلی (P): تعداد سقط (Ab):
 تعداد فرزندان از حاملگی های قبلی (L): تعداد سزارین (CS): تعداد زایمان طبیعی (NVD):
 سن بارداری بر حسب هفته (GA): تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): تاریخ احتمالی زایمان (EDC):

شرح زایمان فعلی: طبیعی ☐ طبیعی با فورسپس یا واکيوم ☐ سزارین ☐

علت سزارین: سزارین قبلی و سابقه میوکتومی ☐ عدم پیشرفت ☐ زجر جنین ☐ پوزانتاسیون غیر طبیعی ☐
 مشکلات جفت و بندناف ☐ عدم تناسب سر با لگن ☐ فشارخون بالای مادر ☐ سزارین بنا به درخواست مادر ☐
 سایر:

تاریخ و ساعت زایمان:

مکان زایمان: بیمارستان ☐ واحد تسهیلات زایمانی ☐ منزل ☐ در مسیر انتقال ☐ سایر:
 عامل زایمان: ماما ☐ متخصص زنان ☐ سایر:

طول مرحله اول زایمان: طول مرحله دوم زایمان: پارگی کانال زایمان: دارد ☐ ندارد ☐

شدت خونریزی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ نام بیمارستان یا واحد تسهیلات محل زایمان:



معاونت درمان

سناد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی MCMC

مجموعه دستور العمل های مدون اعزام وانتقال استاندارد بیماران

و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

علائم حیاتی و سطح هوشیاری:

فشارخون (BP) (mm/Hg): نبض (PR): درجه حرارت (T): تنفس (RR):
وضعیت تنفس: خودبخود ☐ اینتوبه ☐
سطح هوشیاری (GCS):
وضعیت هوشیاری: هوشیار ☐ خواب آلوده ☐ به تحریکات جواب می دهد ☐ به تحریکات جواب نمی دهد ☐
در صورت ابتلاء مادر به پره اکلامپسی: سردرد ☐ تاری دید ☐ درد اپی گاستر ☐ تهوع و استفراغ ☐ تشنج ☐
در صورت وجود تشنج: نوع: مدت زمان (بر حسب دقیقه و ثانیه):

سابقه بیماری و بستری:

سابقه قبلی بستری: دارد ☐ ندارد ☐
علت بستری:
سابقه بیماری های زمینه ای (در بارداری های قبلی و فعلی):
قلبی عروقی ☐ هماتولوژیک ☐ عصبی (نورولوژیک) ☐ ریوی ☐ دیابت ☐ سایر:

عوارض مرتبط با بارداری:

دیابت بارداری ☐ محدودیت رشد داخل رحمی ☐ پره اکلامپسی ☐ اکلامپسی ☐
اولیگو هیدر آمنیوس ☐ پلی هیدر آمنیوس ☐ سایر:

شرح حال نوزاد:

تعداد قل ها: جنس نوزاد: وزن (گرم): نمره آپگار دقیقه اول: نمره آپگار دقیقه پنجم:
سرانجام نوزاد: نیاز به احیا نداشت ☐ گام های نخستین احیا ☐ فشردن قفسه سینه ☐
تجویز دارو ☐ تجویز CPAP ☐ لوله گذاری داخل تراشه ☐ PPV ☐

گزارش اقدامات صورت پذیرفته و مورد نیاز:

نکات قابل پیگیری در معاینه، آزمایشات، پاراکلینیک، سونوگرافی و.....:

میزان هموگلوبین زمان اعزام:

شرح اقدامات انجام شده:

داروهای تجویز شده:

شرح اقدامات مورد نیاز:

مهر و امضاء پزشک معالج:

مهر و امضاء سوپروایزر:

مهر و امضاء مسئول شیفت زایشگاه/بخش:

و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

فرم شناسایی مادر پرخطر در بیمارستان

شماره پرونده:

نام پدر:

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ شناسایی:

کد ملی:

بخش محل شناسایی:

☐ بلوک زایمان ☐ اورژانس ☐ اتاق عمل ☐ ICU ☐ تریاژ

سایر بخش ها (ذکر نام بخش):

نوع عارضه:

☐ خونریزی شدید پس از زایمان:
☐ خونریزی غیرطبیعی به میزان ۱۰۰۰ سی سی یا بیشتر
☐ هر میزان خونریزی با افت فشارخون یا انتقال خون
☐ اکلامپسی:☐ تشنج در یک بیمار بدون سابقه صرع☐ کما در پره اکلامپسی☐ پره اکلامپسی شدید:

فشارخون سیستولیک مداوم ۱۶۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و یا فشار خون دیاستولیک ۱۱۰ میلی متر جیوه یا بیشتر با یا بدون سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر، رال در سمع ریه، ادم جنرالیزه، تهوع و استفراغ و اولیگوری ☐

افزایش فشار خون ۱۴۰/۹۰ و بیشتر و پروتئینوری ۲ گرم و بیشتر در ۲۴ ساعت در نیمه دوم بارداری بدون سابقه بیماری کلیوی یا فشار خون ☐

☐ سندرم HELLP☐ سپسیس:

عفونت تایید شده و یا مشکوک به عفونت به دلیل:

☐ کوریوآمینیونیت ☐ سقط عفونی ☐ اندومتريت ☐ پنومونی
☐ هرگونه عفونت با علائم زیر:

وجود تب (درجه حرارت بدن بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گراد)

حداقل یکی از موارد ضربان قلب بیش از ۹۰، تعداد تنفس بیشتر از ۲۰، لکوپنی (کاهش گلبول های سفید خون کمتر از ۴۰۰۰)، لکوسیتوز (گلبول های سفید بیش از ۱۲۰۰۰)

☐ پارگی رحم: (پارگی رحم در حین لیبر که با لاپاراتومی به تایید رسیده باشد.)

مجموعه دستور العمل های مدون اعزام و انتقال استاندارد بیماران

و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

☐ عوارض شدید ناشی از:

☐ سقط ☐ حاملگی خارج از رحم ☐ مول ☐ جفت سرراهی ☐ جفت شدن زودرس جفت ☐ جفت اکرتا اینکرتا ☐

☐ لاپاراتومی بجز سزارین، چک کانال زایمانی تحت بیهوشی و ترمیم اپیزیوتومی (مانند هیسترکتومی)

☐ مداخلات رادیولوژی (آمبولیزاسیون عروق رحمی)

☐ پذیرش در بخش ICU

☐ استفاده از خون و فرآورده های خونی (شامل هر نوع ترانسفوزیون خون)

☐ اختلال کارکرد قلبی عروقی:

☐ شوک ☐ ایست قلبی (عدم وجود نبض / ضربان قلب و از دست دادن هوشیاری) ☐ استفاده مستمر از داروهای وازواکتیو ☐ احیای قلبی و عروقی ☐ کاهش شدید خورسسانی بافتی (لاکتات بیشتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر و یا بیشتر از ۵ میلی مول در لیتر) ☐ اسیدوز شدید PH (کمتر از ۷/۱) ☐ سابقه سکته قلبی ☐

☐ اختلال تنفسی:

☐ سیانوز حاد ☐ تنگی نفس پیشرونده ☐ تاکی پنه شدید (بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه) ☐ برادی پنه شدید (کمتر از ۶ تنفس در دقیقه) ☐ لوله گذاری و ونتیلاسیون غیر مرتبط به بیهوشی ☐ هیپوکسی شدید (اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد در مدت ۶۰ دقیقه و یا PAO_2/FiO_2 کمتر از ۲۰۰) ☐

☐ اختلالات خونی و انعقادی:

☐ عدم انعقاد ☐ انتقال خون و یا گلبول قرمز (مساوی یا بیشتر از ۵ واحد) ☐ ترومبوسیتوپنی شدید و حاد (پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰ در میلی لیتر) ☐ INR,PT,PTT غیر طبیعی ☐

☐ اختلال کارکرد کلیوی:

☐ الیگوری که به دیورتیک و یا مایع درمانی پاسخ نمی دهد ☐ نارسائی حاد کلیه ☐ ازیمی حاد و شدید (کراتینین مساوی یا بیشتر از ۳.۵ میلیگرم در دسی لیتر و یا مساوی یا بیشتر از ۳۰۰ میکرومول در میلی لیتر) ☐



اختلالات کبدی: ☐

- ☐ زردی ناشی از پره اکلامپسی ☐
- ☐ زردی شدید و حاد (بیلی روبین بیشتر از ۶ میلی گرم در دسی لیتر و یا بیش از ۱۰۰ میکرومول در لیتر) ☐
- ☐ SGOT,SGPT غیر طبیعی ☐

اختلال عصبی: ☐

- ☐ بیهوشی طولانی مدت (مساوی یا بیش از ۱۲ ساعت) ☐ کما (از جمله کمای متابولیک) ☐
- ☐ سکته مغزی ☐ صرع مداوم و غیر قابل کنترل ☐ فلج کامل ☐ سابقه سکته مغزی ☐
- ☐ **ابتلا به کانسر در بارداری :** منظور ابتلا به کانسر فعال و در حال انجام کمو رادیوتراپی می باشد.

چند قلویی: ☐

- ☐ سه قلویی یا بیشتر ☐ دوقلویی مونوآمنیون و مونوکوریون ☐ دوقلویی مونوکوریون و دی آمنیون ☐

شکم حاد (در بارداری یا پس از زایمان) ☐

تروما: ☐

- ☐ ترومای نافذ همراه با شوک ☐ ترومای نیازمند به عمل جراحی ☐
- ☐ ترومای نافذ همراه با استراحت مطلق بیشتر از سه روز ☐ ترومای بلانت همراه با استراحت مطلق بیشتر از سه روز ☐

ترومبوآمبولی ☐

اختلال روانی: ☐

- ☐ اختلال روانی شدید که منجر به افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی شده ☐
- ☐ سابقه بستری در بارداری در اثر اختلال روانی ☐
- ☐ درمان چند دارویی و عدم کنترل بیماری ☐

مهر و امضاء پزشک معالج:

مهر و امضاء مسئول شیفت بخشی:



معاونت درمان

ستاد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی MCMC

مجموعه دستور العمل های مدون اعزام وانتقال استاندارد بیماران

و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

« فرم ثبت اطلاعات و پیگیری مادران پرخطر (فرم C) »

اطلاعات کلی و شرح حال مامایی

مشخصات پذیرش :

نام بیمارستان: نام سوپروایزر:
نام پزشک معالج: تاریخ بستری:
بخش بستری: سرویس بستری:
ساعت بستری:

مشخصات مادر:

شماره پرونده: نام و نام خانوادگی مادر : سن مادر: کد ملی:
اتباع خارجی: ○ محل سکونت مادر: استان: شهرستان: آدرس:

عوارض شدید/عوامل تهدید کننده زندگی:

- | | |
|--|---|
| اختلال کارکرد قلبی عروقی (نوع اختلال) ○ | پره اکلامپسی شدید ○ |
| اختلال خونی و انعقادی (نوع اختلال) ○ | اکلامپسی ○ |
| اختلال کبدی (نوع اختلال) ○ | خونریزی شدید پس از زایمان ○ |
| اختلال تنفسی (نوع اختلال) ○ | پارگی رحم ○ |
| اختلال کارکرد کلیوی (نوع اختلال) ○ | عوارض شدید ناشی از حاملگی خارج از رحم ○ |
| اختلال روانی (نوع اختلال) ○ | عوارض شدید ناشی از جفت سرراهی ○ |
| اختلال عصبی (نوع اختلال) ○ | عوارض شدید ناشی از سقط ○ |
| شکم حاد در بارداری یا پس از زایمان ○ | عوارض شدید ناشی از مول ○ |
| ابتلا به کانسر (نوع کانسر) ○ | عوارض شدید ناشی از کنده شدن زودرس جفت ○ |
| لاپاراتومی (نوع عمل) ○ | عوارض شدید ناشی از جفت اینکرتا آکرتا ○ |
| استفاده از خون و فرآورده های خونی ○ | سپسیس ○ |
| مداخلات رادیولوژی (آمبولیزاسیون عروق رحمی) ○ | ترومبوآمبولی ○ |
| پذیرش در بخش ICU (علت بستری) ○ | چندقلویی ○ |
| | تروما (نوع تروما) ○ |

شرح حال مامایی :

تعداد بارداری (G): تعداد زایمان (P): تعداد سقط (Ab): تعداد فرزندان زنده (L):

وضعیت مادر هنگام مراجعه:

بارداری: سن بارداری بر حسب هفته (GA): تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP): تاریخ احتمالی زایمان (EDC):

حین زایمان: سن بارداری بر حسب هفته (GA): تاریخ زایمان:

نوع زایمان: طبیعی ☐ طبیعی با فورسپس یا واکيوم ☐ سزارین ☐ بیمارستان محل زایمان:

پس از زایمان: سن بارداری بر حسب هفته (GA): تاریخ زایمان:

نوع زایمان: طبیعی ☐ طبیعی با فورسپس یا واکيوم ☐ سزارین ☐ بیمارستان محل زایمان:

پس از سقط: سن بارداری بر حسب هفته (GA): تاریخ سقط: نوع سقط: سقط القایی ☐ سقط خودبخودی ☐

محل انجام سقط: منزل ☐ بیمارستان ☐ سایر ☐ بیمارستان محل انجام سقط:

نحوه پذیرش بیمار:

نحوه مراجعه بیمار: سرپایی ☐ ارجاعی ☐

سطح ارجاع دهنده: خانه بهداشت ☐ مرکز بهداشتی درمانی ☐ پایگاه سلامت ☐ مرکز سلامت ☐

مطب ☐ بیمارستان ☐ اورژانس پیش بیمارستانی ☐

نام شهرستان ارجاع دهنده: نام واحد بهداشتی ارجاع دهنده:

سمت ارجاع دهنده: پزشک ☐ ماما ☐ سایر ☐

مهر و امضاء پزشک معالج:

مهر و امضاء سوپروایزر:

مهر و امضاء مسئول شیفت بخش:



فرم گزارش روند ارائه خدمات درمانی مادران پرخطر

اطلاعات فردی بیمار:

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	شماره پرونده:
سرویس درمانی:	بخش بستری:	پزشک معالج:

روند ارائه خدمات درمانی:

موارد قابل پیگیری در معاینه، آزمایشات، پاراکلینیک، سونوگرافی و ... :

شرح اقدامات انجام شده:

وضعیت فعلی بیمار: بستری ☐ ترخیص ☐ فوت ☐ اعزام به مرکز دیگر ☐

در صورت ترخیص یا اعزام بیمار به مرکز دیگر، موارد زیر (ستاره دار) تکمیل گردد:

*اقدامات و درمان های توصیه شده تا ویزیت بعدی:

*مراجعه بعدی به بیمارستان: نیاز دارد ☐ نیاز ندارد ☐

*در صورت نیاز، تاریخ مراجعه بعدی:

شیفت کاری: تاریخ: ساعت:

نام مسئول شیفت: نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

فرم ثبت اطلاعات امدادخواهی مادران باردار * منتج به اعزام در سامانه MCMC

نام و نام خانوادگی:

سن:

اعزام جهت:

☐ مادر باردار

☐ مادر پس از زایمان (تا ۴۲ روز پس از زایمان)

علت اعزام:

مرکز درمانی مقصد:

تاریخ اعزام:

ساعت امداد خواهی:

مهر و امضاء سوپروایزر اتاق فرمان:

مهر و امضاء مسئول واحد آمار شهرستان:

*مادران باردار و پس از زایمان (تا ۴۲ روز پس از زایمان)



فرم درخواست اعزام بیماران مراکز درمانی سرپایی (درمانگاه) جهت ثبت در سامانه MCMC

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: تاریخ مراجعه:
ساعت مراجعه:
پزشک درخواست کننده: علت اعزام:

تشخیص اولیه:

سرویس مورد نیاز:

شرح حال بالینی:

علائم حیاتی و سطح هوشیاری:

فشارخون (BP) (mm/Hg): نبض (PR): درجه حرارت (T): تنفس (RR):
سطح هوشیاری (GCS):

مهر و امضاء پرستار شیفت درمانگاه:

مهر و امضاء پزشک شیفت درمانگاه:

مهر و امضاء سوپروایزر شیفت مقصد:

مهر و امضاء پزشک تحویل گیرنده:



« فرم درخواست اعزام بیماران مراکز درمانی بستری (بیمارستان) جهت ثبت در سامانه »

اطلاعات کلی بیمار و بیمارستان

مشخصات پذیرش:

تاریخ درخواست اعزام:

نام بیمارستان مبدأ:

نام سوپروایزر:

نام و تخصص پزشک معالج:

تاریخ بستری در بیمارستان مبدأ:

شیفت درخواست:

☐ صبح

☐ عصر

☐ شب

نام پزشک درخواست کننده اعزام:

سرویس درمانی بستری:

بخش درمانی بستری:

سرویس درمانی درخواستی:

علت اعزام:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ نداشتن خدمات تشخیصی | ☐ نبودن تجهیزات درمانی | ☐ نبود پزشک متخصص |
| ☐ خالی نبودن تخت ICU | ☐ خالی نبودن تخت CCU | ☐ خالی نبودن تخت NICU |
| ☐ انجام خدمات خاص (اکسس گذاری و) | ☐ عدم تمایل بیمار | ☐ خالی نبودن تخت PICU |
| ☐ عدم حضور پزشک متخصص | ☐ انجام مشاوره | ☐ نداشتن بخش مربوطه |
| ☐ خالی نبودن تخت RCU | ☐ مشکل مالی بیمار | |

مشخصات بیمار:

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

نام و نام خانوادگی همراه:

شماره تماس فرد همراه:

سن:

کدملی:

جنسیت:

☐ اتباع خارجی:

علائم حیاتی و سطح هوشیاری:

فشارخون (BP) (mm/Hg):

نبض (PR):

درجه حرارت (T):

تنفس (RR):

وضعیت تنفس: خودبخود ☐

اینقبه ☐

سطح هوشیاری (GCS):

شکایت اولیه:

تشخیص اولیه:

سابقه بیمار:

معاینات بالینی:

و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

سابقه داروهای مصرفی بیمار:

یافته های پاراکلینیکی و اقدامات

یافته های آزمایشگاهی:

WBC:	PH:	BUN:	BS:
HB:	PO ₂ :	Cr:	FBS:
Plt:	PCO ₂ :	PT:	ESR:
Troponin:	HCO ₃ ⁻ :	PTT:	CRP:
CK-MB:	BE:	INR:	Na:
U/P:	O ₂ sat:	Ca:	K:

سایر یافته ها:

یافته های رادیولوژی:

:X-ray

:CT

:MRI

سونوگرافی:

اکوکاردیوگرافی:

آنژیوگرافی:

سایر موارد:

شرح اقدامات انجام شده :

داروهای تجویز شده:

شرح اقدامات مورد نیاز:

مهر و امضاء سرویس تخصصی مربوطه:

مهر و امضاء سوپروایزر:

مهر و امضاء مسئول شیفت بخش:



چک لیست بررسی بیماران قبل از اعزام

نام:		نام خانوادگی:		سن بیمار:		شماره پرونده:		
تشخیص:		تاریخ اعزام:		مرکز مقصد:		علت اعزام:		
ردیف	موضوع					نتیجه		توضیحات
						بله	خیر	
۱	آیا تأییدیه اعزام توسط MCMC به مرکز مبدأ ارسال گردیده است؟							
۲	آیا اقدامات لازم در راستای تسویه نمودن پرونده موجود بیمارستانی صورت پذیرفته است؟							
۳	آیا هماهنگی تأمین هزینه یا صدور معرفی نامه جهت موارد نیازمند خدمات تشخیصی صورت پذیرفته است؟							
۴	آیا کپی مستندات پزشکی پرونده (گرافی، آزمایشات و...) جهت اعزام تهیه شده است؟							
۵	آیا فرم ثبت مراقبت های حین انتقال تهیه گردیده است؟							
۶	آیا مراقبت های اولیه شامل IV مناسب ، آتل، لوله گذاری، پانسمان و ..ارائه شده است؟							
۷	آیا تیم همراه بیمار توسط پزشک معالج مشخص و در پرونده ثبت شده است؟							
۸	آیا هماهنگی با تیم همراه بیمار(پزشک، تکنسین بیهوشی، ماما، پرستار ...) انجام شده است؟							
۹	آیا تیم همراه متناسب با وضعیت بیمار است؟							
۱۰	آیا تجهیزات آمبولانس منطبق بر استاندارد و وضعیت بیمار است؟							
۱۱	آیا پرینت فرم الکترونیکی اعزام بیمار تهیه و توسط تیم پزشکی و سوپروایزر تأیید شده است؟							

امضا و مهر سوپروایزر تأیید کننده:

امضا و مهر مسئول شیفت بخش:



فرم ثبت وضعیت مادر باردار و مراقبت‌های حین انتقال بین مراکز درمانی

[illegible]

نام و امضاء	اقدامات انجام شده	تاریخ و ساعت	داروهای تجویز شده	تاریخ و ساعت

مراقبت های بیش از زایمان در حین اعزام بیمار

[illegible]

مراقبت یس از زایمان در حین اعزام بیمار:

تاریخ	ساعت	وضعیت رحم	وضعیت پرینه	وضعیت مثانه	میزان خونریزی

جدول علائم حیاتی و سطح هوشیاری:

نام و امضاء	درجه حرارت	فشار خون	تعداد تنفس	تعداد نبض	حال عمومی و سطح هوشیاری	ساعت



معاونت درمان

ستاد هدایت و مرکز پایش مراقبت های پزشکی MCMC

مجموعه دستور العمل های مدون اعزام وانتقال استاندارد بیماران

و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

شرح زایمان حین اعزام بیمار:

مدارک پزشکی همراه بیمار اعزامی:

سایر مستندات مورد نیاز:

☐ کپی برگ شرح حال

☐ کپی برگ خلاصه پرونده

☐ کپی برگ آزمایشات

☐ کپی برگ گرافی

مهر و امضاء تیم همراه:

نام:	نام خانوادگی:	شماره الکترونیکی اعزام:	مرکز اعزام کننده:	تاریخ:
------	---------------	-------------------------	-------------------	--------

دستورات پزشک هنگام اعزام:

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features ten sets of horizontal guidelines. Each set consists of three lines: a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line. The lines are evenly spaced across the entire page, providing a structured area for practicing letter formation and alignment. There is no text or other markings on the page.

مشاهدات پرستاری، وضعیت های رخ داده برای بیمار و اقدامات انجام شده در حین اعزام:			
زمان	مشاهدات پرستاری و نوع وضعیت پیش آمده	زمان	اقدامات انجام شده

مدارک پزشکی همراه بیمار اعزامی:	
سایر اوراق:	
۱-	☐ برگ خلاصه پرونده
۲-	برگ شرح حال
۳-	☐ برگ آزمایشات
۴-	☐ برگ گرافی
۵-	

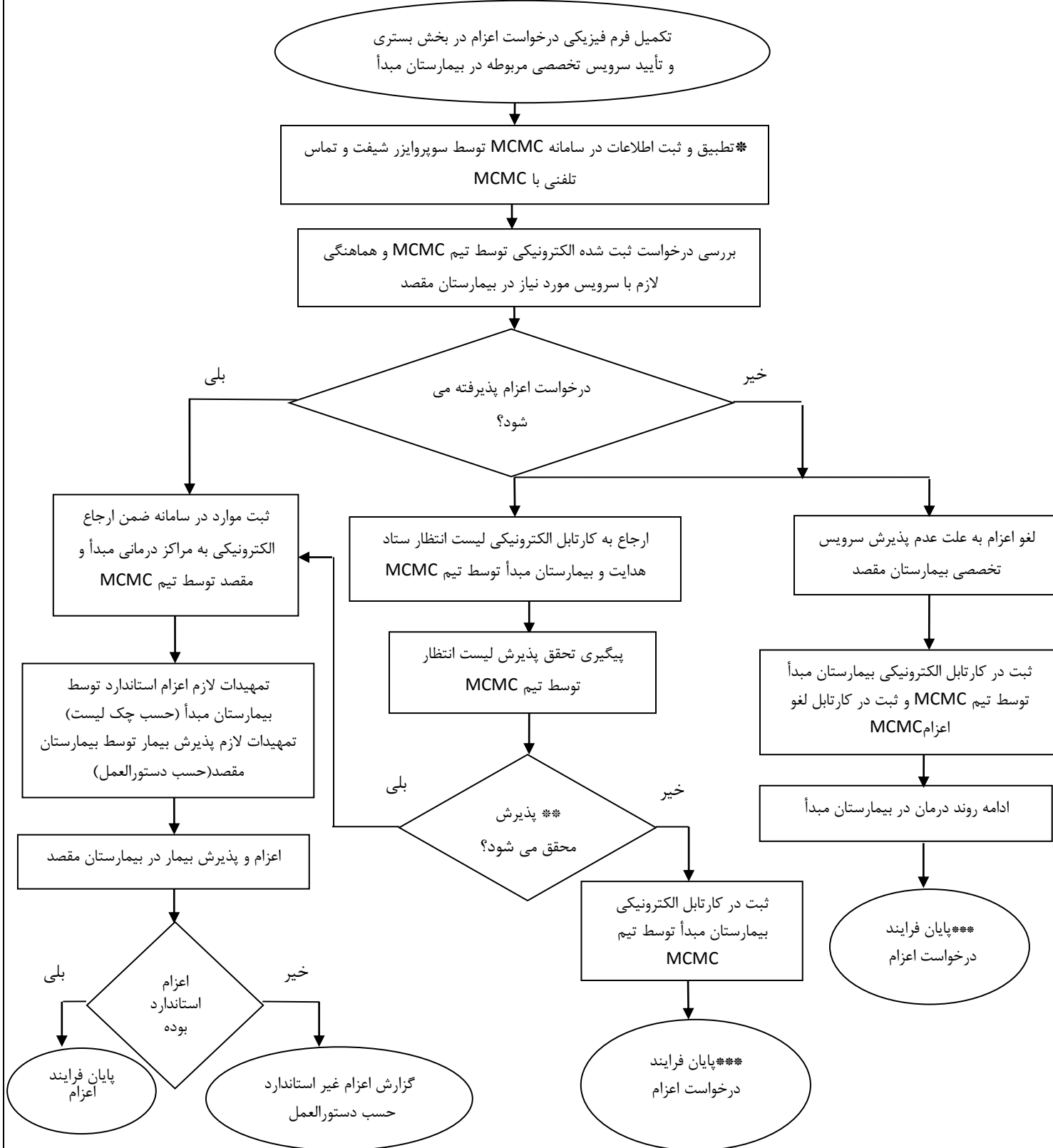
مهر و امضاء:

جدول علائم حیاتی:				
زمان	درجه حرارت	نبض	تنفس	فشار خون

مجموعه دستور العمل های مدون اعزام وانتقال استاندارد بیماران

و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

فلوجارت اعزام مادران باردار و بیماران از مراکز درمانی بستری (بیمارستان ها)

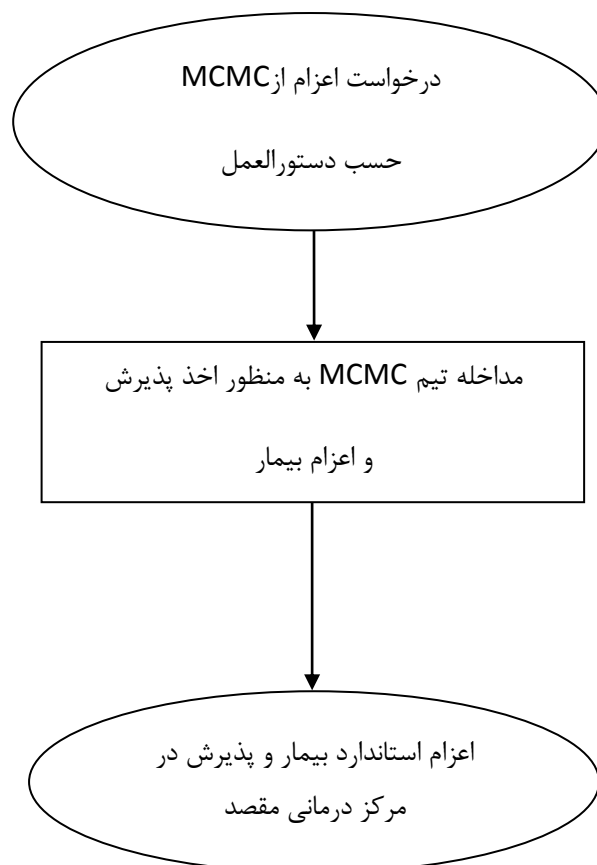


*در خصوص مادران باردار حسب دستورالعمل در شیفت صبح توسط سوپروایزر مامایی و در شیفت عصر و شب توسط سوپروایزر بالینی صورت خواهد پذیرفت.

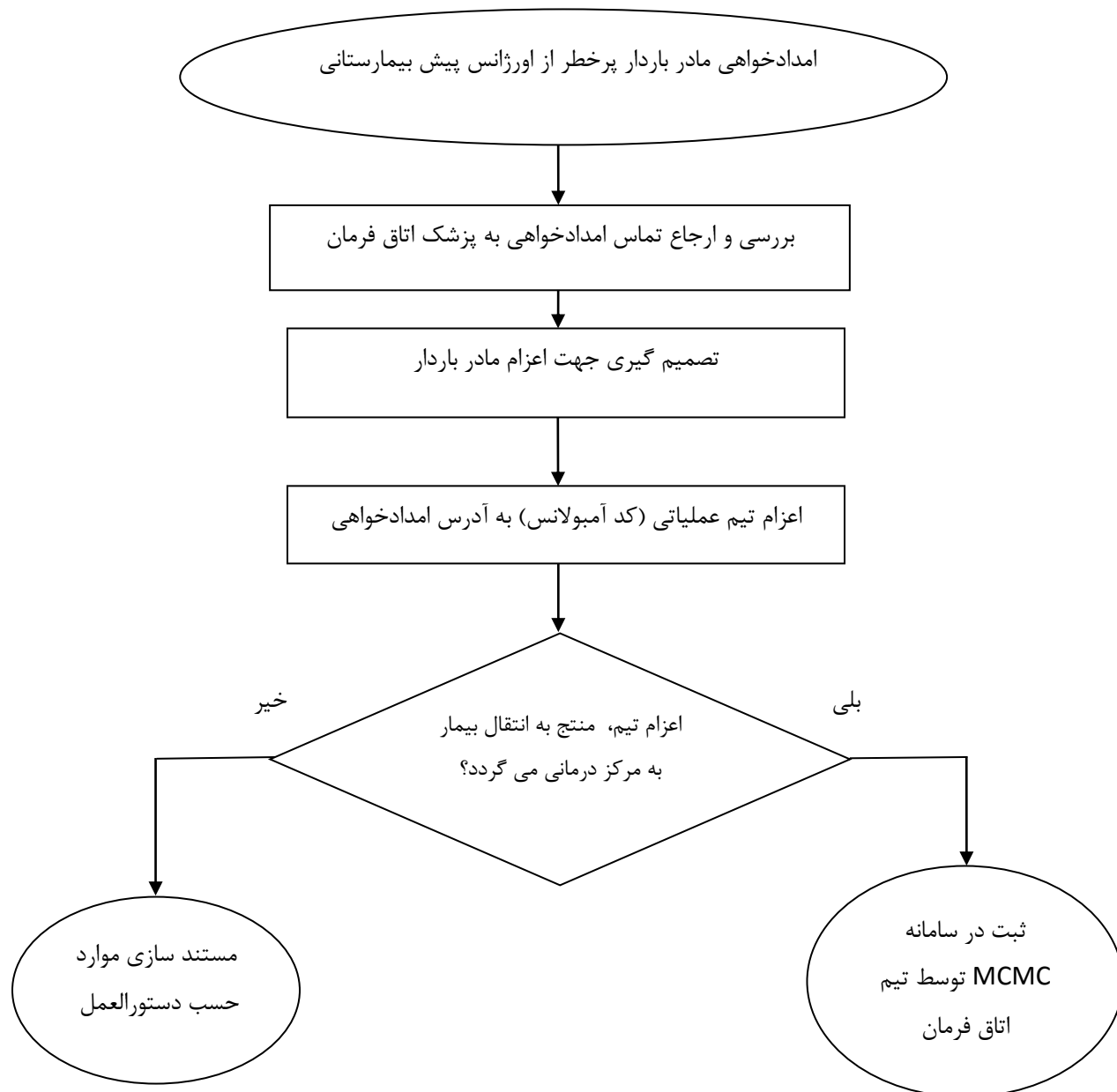
**بازه زمانی پیگیری بیماران قرار گرفته در لیست انتظار توسط تیم MCMC، ۲۴ ساعت خواهد بود.

***در صورت عدم تحقق پذیرش به جهت لغو اعزام/ لیست انتظار، درخواست اعزام مجدد می بایست حسب فرایند ثبت گردد.

فلوجارت اعزام مادران باردار و بیماران از مراکز درمانی سرپایی (درمانگاه و زایشگاه های مستقل)



فلوچارت اعزام مادران باردار توسط اورژانس پیش بیمارستانی



و شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران باردار پرخطر

فلوجارت شناسایی، ثبت اطلاعات و پیگیری مادران پرخطر در مراکز درمانی (بیمارستان ها)



* در شیفت صبح توسط سوپروایزر مامایی و در شیفت عصر و شب توسط سوپروایزر بالینی انجام می شود.

** مراکز درمانی ملزم به تشکیل تیم فوریت های مامایی حسب دستورالعمل به منظور بررسی روند مراقبتهای انجام شده جهت مادران پرخطر می باشند.

*** صورتجلسه کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان می بایست به صورت ماهیانه به اداره مامایی معاونت درمان ارسال گردد.

فصل ششم:

تجزیه و تحلیل و پیگیری لازم

(اعزام های غیر استاندارد)

۱- کلیه مشکلات موجود در اعزام ها اعم از غیر استاندارد و یا خارج از دستوالعمل های موضوعه وزارت متبوع شامل مراکز درمانی داخل و یا خارج از استانی توسط بیمارستان مقصد ضمن تکمیل فرم باید به معاونت درمان منعکس گردد.

ماده ۱: عدم انطباق اطلاعات واقعی بالینی با مندرجات ثبت شده در سامانه

ماده ۲: عدم انطباق مستندات ضبط با ثبت شده در سامانه

ماده ۳: عدم تناسب تیم ملازم همراه بیمار

ماده ۴: عدم تحقق شرایط اعزام از جمله پایدار نبودن شرایط بالینی و یا فقدان تمهیدات لازم به منظور پایداری بیمار در طول مسیر

ماده ۵: عدم رعایت نکات ذکر شده در چک لیست قبل از اعزام

ماده ۶: عدم پوشش مناسب و مداخله لازم تیم درمانی ملازم بیمار

ماده ۷: فراهم نبودن بسترهای مناسب انتقال اعم از تجهیزات و یا امکانات آمبولانسی

ماده ۸: هرگونه تاخیر در تحویل بیمار (با لحاظ بعد مسافت و بازه زمانی انتقال)

۲- کلیه مراکز درمانی مقصد ضمن پذیرش بیمار با ذکر عنوان اعزام غیر استاندارد نسبت به تکمیل فرم اعزام مربوطه اقدام می نمایند. فرم گزارش اعزام غیر استاندارد باید در کمیته اورژانس طرح و پس از تأیید نهایی حداکثر ظرف بازه زمانی ۱۵ روز از تاریخ اعزام در قالب مکاتبات رسمی به معاونت درمان منعکس گردد.

۳- مسئولیت ادعای مطروحه در خصوص اعزام غیراستاندارد بر عهده کمیته اورژانس خواهد بود.

۴- پس از بررسی گزارشات واصله غیر استاندارد و کارشناسی موارد تجمیع مستندات ضبط و ثبت در سامانه، فرایندهای دارای اشکال به مرکز اعزام کننده تذکر داده می شود.

تبصره: چنانچه فرایندهای غیر استاندارد در اعزام های آتی، تکرار و مسبوق به سابقه گردد ضمن تذکر به تیم مدیریتی بیمارستان در ارزشیابی سالیانه ایشان و بیمارستان لحاظ خواهد شد.