

۱۳۹۹/۱۲/۲۷  
د/۳۶/۶۶۲۸۰  
ندارد  
۱۷:۵۴

مدیرعامل محترم مرکز آموزشی درمانی مستقل بوعلی  
سینا-ولایت  
ریاست محترم بیمارستان کوثر-قدس-۲۲ بهمن-شفا-شهدا-  
شهیدرجایی-رحیمیان- امیرالمومنین<sup>(ع)</sup>  
ریاست محترم بیمارستان تامین اجتماعی رازی-تاکستان  
ریاست محترم بیمارستان خصوصی مهرگان-پاستور-ولی  
عصر<sup>(ع)</sup>  
مدیر عامل محترم بیمارستان خصوصی دهخدا  
رئیس محترم سازمان نظام پزشکی قزوین

با سلام و احترام

عطف به نامه شماره ۴۰۰/۲۵۰۰۰  
تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۶ معاون محترم درمان  
وزارت متبوع در خصوص نشر و اجرای  
راهنمای طبابت بالینی مبتنی بر شواهد با  
موضوع ابلاغ استانداردهای طب اورژانس، به  
استحضار می‌رساند راهنمای مذکور در آدرس  
ذیل قابل دسترسی است. لذا در راستای  
بهره‌مندی و اقدام بر اساس راهنمای  
ابلاغی، خواهشمند است دستور فرمائید به  
آدرس ذیل مراجعه نمایند.

<http://url.qums.ac.ir/guidelines1>

استانداردهای اورژانس

**دکتر علی اکبر کرمی**  
**سرپرست معاونت درمان**

معاونت درمان

دیپارتمان شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

مراقبت بصرانی (اطفال و بزرگسالان) از بیماران بد حال

نسخه دوم

زمستان ۱۳۹۹

## تهیه و تدوین:

سمت	نام و نام خانوادگی
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیات بود طب اورژانس	علی ارحمی دولت آبادی
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر هیات بود طب اورژانس	علی بیداری
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و رییس انجمن علمی طب اورژانس	نادر توکلی
متخصص طب اورژانس و عضو انجمن علمی طب اورژانس	سپهیل صالحی
متخصص طب اورژانس و مسئول کمیته صنفی انجمن علمی طب اورژانس	مجید علیمردانی
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دبیر انجمن علمی طب اورژانس	بابک معصومی
متخصص طب اورژانس، رئیس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت	حسن واعظی

## تحت نظارت فنی:

گروه تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

## مقدمه:

ارائه خدمات مناسب در بخش اورژانس بیمارستانی همیشه یکی از دغدغه های متولیان امور درمان بوده است. شروع این خدمات در سطح تخصصی و با وجود متخصصین طب اورژانس با انجام ویزیت های تخصصی در بخش های اورژانس می باشد. با عنایت به نگاه جامع نگر و اشراف کامل گروه تخصصی طب اورژانس به موارد رایج از طیف سرپایی تا موارد تهدید کننده حیات و اورژانس در رشته های مختلف، سکت های قلبی و مغزی، مسمومیت ها، تروما، حوادث ویژه و همچنین در امر درمان و مدیریت امور بحران و بلایا در کشور، تدوین استاندارد خدمات بخش اورژانس تخصصی و گسترش این خدمات سبب افزایش رضایتمندی هموطنان و ارتقا شاخص های درمان کشور می گردد.

## الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

عنوان فارسی: مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسالان) از بیماران بد حال

عنوان لاتین: Critical Care

مراقبت بحرانی در کتاب (Current Procedural Terminology 2018) تحت کد بین المللی

۹۹۲۹۱ و ۹۹۲۹۲ و در کتاب تعرفه های خدمات بهداشتی، درمانی (کالیفرنیا) تحت کد بین المللی

۹۹۱۶۰ و ۹۹۱۶۲ در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت (سال ۱۳۹۹) با کد ملی ۹۰۱۹۷۰ ثبت گردیده است.

## ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

این خدمت به عنوان خدمت مراقبتی - مدیریتی بوده و با ویزیت های اورژانس (ویزیت محدود و ویزیت جامع) متفاوت است. مراقبت بحرانی، ارائه مستقیم مراقبت پزشکی توسط پزشک به یک بیمار آسیب دیده یا بدحال می باشد. یک بیماری یا آسیب بحرانی بطور حاد یک یا چند سیستم حیاتی را مختل می کند بطوریکه احتمال زیادی برای وخیم تر شدن حال بیمار و یا مرگ وی وجود دارد. مراقبت بحرانی (پس از انجام ویزیت جامع و بصورت خدمتی مجزا) شامل تصمیم گیری بسیار پیچیده در مورد ارزیابی، مدیریت و حمایت از عملکرد سیستم های حیاتی جهت درمان نارسایی یک یا چند ارگان حیاتی و/یا جلوگیری از وخامت تهدید کننده جان بیمار می باشد. مثال هایی از نارسایی ارگان های حیاتی شامل: نارسایی سیستم عصبی مرکزی، نارسایی گردش خون، شوک، دیس ریتمی های قلبی، سکت های قلبی یا مغزی، نارسایی کلیه، کبد، اختلال متابولیک و یا نارسایی تنفسی می شود. اگرچه بطور معمول مراقبت بحرانی

نیازمند تفسیر پارامترهای فیزیولوژیک متعدد و/یا کاربرد تکنولوژی پیشرفته می باشد ولی در شرایط تهدیدکننده حیات، حتی زمانیکه این امکانات در دسترس نباشند، نیز قابل ارائه می باشد. مراقبت بحرانی ممکن است در چند روز ارائه شود حتی اگر تغییری در روند درمان داده نشده باشد؛ به شرطی که وضعیت بیمار طی این چند روز به گونه ای باشد که به همان میزان از توجه پزشک که در بالا گفته شد، نیاز داشته باشد.

ارائه مراقبت پزشکی به یک بیمار بدحال، آسیب دیده، یا حین و بعد از پروسیجرهای بخش اورژانس، زمانی خدمت مراقبت بحرانی تلقی می شود که، هم بیماری یا آسیب، و هم درمان ارائه شده، شرایط لازم را داشته باشند. مراقبت بحرانی در همه قسمت های بخش اورژانس بیمارستان و مراکز درمانی قابل ارائه می شوند.

باعنایت به قانون اساسی و لزوم تامین دسترسی عموم به خدمات بهداشتی درمانی و لزوم پذیرش بی قید و شرط مصدومین و بیماران بدحال، انجام این خدمت و رفع علل تهدید کننده حیات در مورد بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستانها، ضروری است و در راستای ارتقاء خدمات حیاتی، انجام این خدمت توسط سرویس تخصصی طب اورژانس در بخش اورژانس همه بیمارستان های کشور مورد تاکید می باشد.

## ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

### • ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

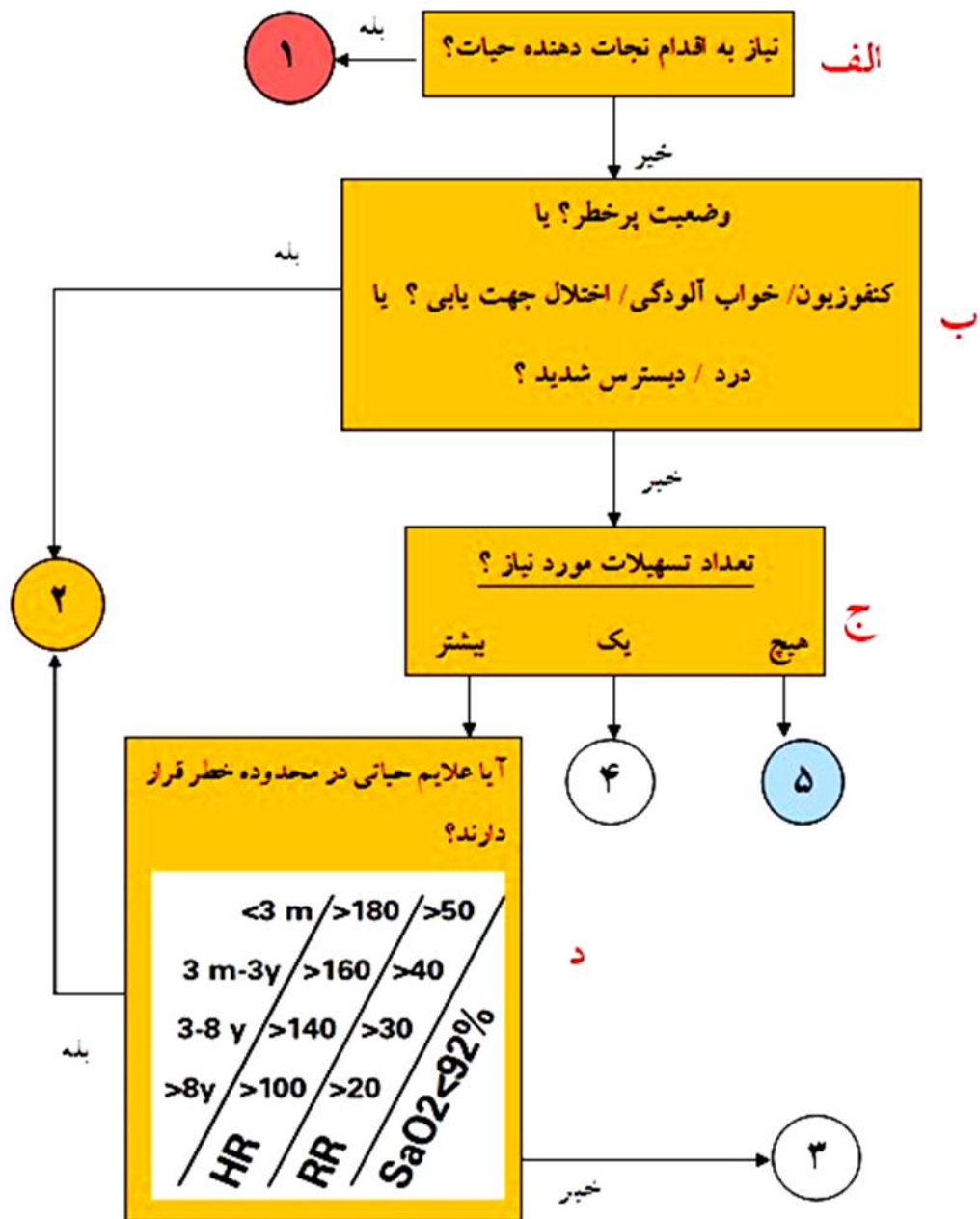
#### ۱- انجام تریاژ بیمار (preoperation)

تریاز بیماران اورژانس توسط پرستار این واحد، با شیوه ۵ سطحی الگوی مصوب **ESI 4** می باشد. در این شیوه تریاز، بیماران در پنج سطح از نظر شدت وخامت بیماری و تعداد تسهیلات مورد نیاز، تقسیم و اولویت بندی می شوند. در صورتیکه بیمار در سطوح یک و یا دو تریاز قرار گیرد این خدمت برای همه بیماران سطح ۱ تریاز و یا سطح ۲ تریاز با در نظر گرفتن اندیکاسیون های مربوطه در شرح اندیکاسیون های خدمت مراقبت بحرانی (در ادامه این شناسنامه) انجام می پذیرد.

۲- پرسیدن علت مراجعه و مشکل اصلی بیمار (preoperation) از همراهان بیمار و یا کادر اورژانس پیش بیمارستانی و یا در صورت امکان برقراری ارتباط از خود بیمار.

۳- اندازه گیری علائم حیاتی بیمار (با توجه به شرایط بالینی بیمار و به شرط عدم تاخیر در ارزیابی خدمات فوریته) شامل:

فشارخون، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت و درصد اشباع اکسیژن شریانی (preoperation)



### (الگوریتم تریاژ 4 ESI)

با توجه به الگوریتم تریاژ 4 ESI، در صورتیکه بیمار در بدو ورود در سطح 1 تریاژ قرار گیرد، به دلیل نیاز به اقدام نجات دهنده حیات، جهت انجام این خدمت به اتاق احیا هدایت می شود. برای بیمارانی که در بدو ورود در سطح 2 تریاژ قرار گرفته اند، در صورت پایین آمدن سطح تریاژ از 2 به 1 هم، مطابق با مصادیق و اندیکاسیون های موجود در این شناسنامه، خدمت مراقبت بحرانی و

خدمات **Life Saving** و **High Risk** ، انجام می پذیرد. بدیهی است که در صورت هرگونه تغییر ناگهانی وضعیت بالینی بیمار در هر سطح تریاژ اولیه اورژانس، و در صورت نیاز به اقدامات نجات دهنده حیات، خدمت مراقبت بحرانی انجام می شود.

### • ارزیابی حین انجام پروسیجر

۱- اخذ شرح حال و تاریخچه بیمار از همراهان بیمار و یا کادر اورژانس پیش بیمارستانی و یا در صورت امکان برقراری

ارتباط، از خود بیمار توسط متخصص طب اورژانس ( **operation** )

۲- انجام معاینه کامل با توجه به شرایط بالینی بیمار ( **operation** )

۳- ارزیابی و مدیریت مراقبت و درمان بیمار در جهت بهبود شرایط بحرانی ( **operation** )

۴- تصمیم گیری پزشکی با درجه بالایی از پیچیدگی ( **operation** )

۵- انجام اقدامات حیاتبخش با توجه به شرایط بالینی بیمار ( **operation** )

۶- پس از انجام اقدامات اولیه ( **preoperation** ) در واحد تریاژ، بیمار به اتاق احیا و یا بخش بستری اورژانس

بیمارستان منتقل شده و همزمان با اخذ شرح حال و معاینه بالینی جامع و کامل ، اقدامات لازم شامل اقدامات حیات

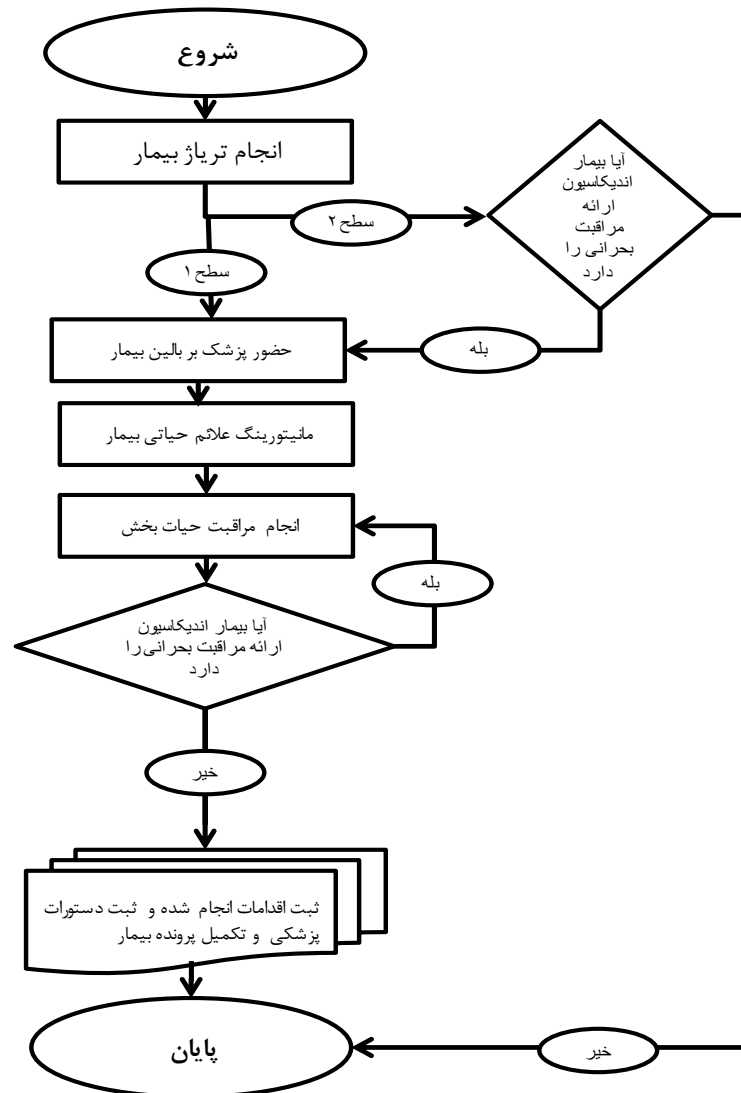
بخش و درخواست اقدامات تشخیصی انجام و ثبت می شود. در نهایت به تناسب شرایط بالینی بیمار، تصمیم گیری از

نوع متوسط تا پیچیده ( **decision making** ) انجام می شود. سپس متخصص طب اورژانس به انجام مراحل

تشخیص، درمان و در نهایت ترخیص بیمار اقدام نموده و یا در صورت نیاز، ویزیت / مشاوره سایر رشته های

تخصصی/فوق تخصصی را درخواست می کند و پس از انجام فرایند **Disposition** ، در نهایت، بیمار ترخیص، اعزام

و یا در بخش تخصصی مربوطه (غیر از بخش اورژانس) بستری می شود.



۷- این خدمت برای تمام بیمارانی که دارای اندیکاسیون ارائه خدمت هستند و پرونده بستری در بخش اورژانس داشته و تحت مراقبت متخصص طب اورژانس می باشند، قابل انجام است. شایان ذکر است این خدمت همزمان و یا پس از انجام ویزیت جامع و بصورت خدمتی مجزا ارائه می گردد.

۸- این خدمت فقط برای بیماران سطح ۱ یا ۲ تریاژ که حداقل ۴۵ دقیقه تحت مراقبت بوده اند و با ذکر اندیکاسیون مربوطه در شرح اندیکاسیونهای مراقبت بحرانی قابل انجام است.



۹- بیماری که در بدو ورود، با هر سطح تریاژ بوده یا با هر تشخیصی از قبل بستری بوده، ممکن است در هر زمانی در مدت بستری دچار وضعیتی گردد که نیاز به مراقبت بحرانی داشته باشد که در اینصورت ضمن مستندسازی فرایند بالینی، مراقبت بحرانی انجام می شود.

۱۰- در تریاژ سطح ۱، ویزیت جامع و مراقبت بحرانی بطور همزمان انجام می شود. برای همه بیماران تریاژ سطح ۲، ویزیت جامع ارایه می شود. در صورت پایین آمدن سطح تریاژ از ۲ به ۱ هم، مطابق با مصادیق و اندیکاسیونهای موجود در این شناسنامه، خدمات اورژانس شامل خدمت مراقبت بحرانی و خدمات **Life Saving** و **High Risk**، صورت می گیرد.

۱۱- کدهای پالس اکسی متری ( ۹۰۱۱۳۵ - ۹۰۱۱۳۰ - ۹۰۱۱۲۵)، خونگیری شریانی **ABG** (۳۰۲۴۸۰) لوله گذاری معده (۹۰۰۲۰۰)، تنفس با آمبویگ **CPAP** (۹۰۱۰۹۰)، رگ گیری محیطی (۳۰۲۲۵۰)، تفسیر و اندازه گیری برونده قلبی (۹۰۰۷۲۵) و تفسیر گرافی قفسه سینه همزمان با این خدمت قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۲- کدهای مذکور در طول انجام خدمت مراقبت بحرانی قابل گزارش نیست، ولی چنانچه بیمار پس از انجام مراقبت بحرانی و در سیر مراقبت درمانی و تشخیصی نیاز به اقدامات فوق داشته باشد، با دستور و درخواست جداگانه، این خدمات انجام می شود و قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۳- لازم به ذکر است، کدهای مربوط به مانیتورینگ قلبی (۹۰۰۷۷۰) و تنظیم ونتیلاتور (۹۰۱۰۸۵) و نوار قلب با تفسیر و گزارش (۹۰۰۷۱۰)، با توجه به نیاز بالینی بیماران و استهلاك دستگاهها و تجهیزات بیمارستانی حذف نمی شوند.

۱۴- در صورتی که برای بیمار، به هر علتی آسپیراسیون یا شستشوی معده انجام گردد، کد لوله گذاری معده با شستشوی معده (۴۰۰۸۰۵) با مراقبت بحرانی نیز قابل محاسبه و درخواست است.

۱۵- انواع ویزیت ها (جامع یا محدود) و پروسیجرها و خدماتی مثل لوله گذاری داخل تراشه، **PSA, RSI, ECG**,

**FAST**، احیای قلبی-ریوی، شوک قلبی، تنظیم ونتیلاتور و کمک تنفسی ممتد به کمک ونتیلاتور، تعبیه **CV Line**

و سایر خدمات (بجز خدمات مذکور در بند ۱۱) بصورت جداگانه و همزمان با این کد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

## • ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

۱- مستند سازی مکتوب خلاصه شرح حال و معاینه فیزیکی در پرونده بیمار ( **postoperation** )

۲- مستند سازی مکتوب خلاصه اقدامات مراقبت بحرانی در پرونده بیمار ( **postoperation** )

۳- مستند سازی مکتوب دستورات پزشکی در پرونده بیمار ( **postoperation** )

۴- مستند سازی دستور ترخیص بیمار توسط پزشک در پرونده بخش اورژانس

### • کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

در صورت انجام به موقع و با اندیکاسیون و بجای این خدمت ، عارضه ای برای بیمار پدید نخواهد آمد.

### د) تواتر ارائه خدمت (تعداد دفعات مورد نیاز / فواصل انجام)

۱- حداقل زمان بستری بیمار و زمان ارائه یک واحد خدمت مراقبت بحرانی ۴۵ دقیقه می باشد و هر ۸ ساعت یکبار قابل انجام و گزارش است.

۲- ممکن است بیمار قبل از ۴۵ دقیقه به سایر مراکز اعزام شود و یا فوت نماید و یا به سایر واحدها/بخش های بیمارستان (بخش عادی و ویژه، اتاق عمل، دیالیز، کت لب، لیبر و ...) منتقل شود و این خدمت برای ایشان شروع شده باشد.

۳- این کد هر ۸ ساعت یکبار قابل انجام است. به عنوان مثال برای بیمار با سطح ۲ تریاژ که با کتو اسیدوز دیابتی آورده شده است و پس از ۹ ساعت مراقبت، بستری یا ترخیص می گردد ، دو بار این خدمت برای پزشک اول قابل اجرا است و همچنین در صورت تعویض شیفت بالینی متخصص طب اورژانس، با توجه به نیاز به تداوم مراقبت بحرانی، برای پزشک دوم به شرط گذشت ۴۵ دقیقه از شروع مراقبت اول، قابل انجام است.

### ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) / خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

- متخصص طب اورژانس بصورت اولیه

### و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

متخصص طب اورژانس

**ز) 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
	پرستار	۱ نفر	کارشناس پرستاری	حداقل ۵ سال سابقه کار	انجام تریاژ بیمار در بدو ورود

**ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:**

- ۱- مراقبت بحرانی بطور معمول و نه همیشه در اتاق احیا و همچنین در همه قسمت های بخش اورژانس بیمارستان یا در بخش اورژانس مراکز درمانی طبق استانداردهای وزارت بهداشت و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس قابل ارائه می باشد و به علت اهمیت موضوع جهت حفظ حیات بیمار ، حتی بر روی تخت بیمار یا در اتاق معاینه در بخش اورژانس با حفظ شرایط حریم خصوصی و محرمانگی نیز قابل انجام است.
- ۲- در بخشهای مراقبتهای ویژه که ۳۰ درصد هزینه تخت-روز بابت خدمات پزشکی لحاظ میگردد، درخواست کد مذکور امکانپذیر نخواهد بود.

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

اگرچه بطور معمول مراقبت بحرانی نیازمند تفسیر پارامترهای فیزیولوژیک متعدد و/یا کاربرد تکنولوژی پیشرفته ( طبق استاندارد تجهیزات بخش اورژانس بیمارستانی مصوب وزارت بهداشت ) می باشد ولی در شرایط تهدیدکننده حیات، حتی زمانیکه این امکانات بطور کامل در دسترس نباشند نیز ، قابل ارائه می باشد.

### ی) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

دسترسی به داروها و تجهیزات ترالی احیا بخش اورژانس (آخرین دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس مصوبه وزارت بهداشت)

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)	مدل / مارک های واجد شرایط (تولید داخل و خارج)
۱	دستکش یکبار مصرف و استریل	یک جفت	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۲	آبسلانگ و چراغ معاینه	یک تا دو عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۳	ماسک یکبار مصرف و سایر تجهیزات حفاظت فردی به تناسب نیاز	۱ عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۴	تجهیزات مانیتورینگ ثابت یا پرتابل	۱ عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت

### ک) استانداردهای ثبت (شامل گزارش نتایج درمانی و ثبت در پرونده بیمار و بررسی های حین درمان از جمله سوابق

#### بیمار و تلفیق دارویی):

طبق پرونده بیمار در بخش اورژانس تمام مراحل تریاژ، شرح حال و معاینه فیزیکی کامل و جامع، دستورات دارویی، درخواست های تشخیصی و ترخیص بیمار و در صورت نیاز ویزیت/ مشاوره ها و نیاز به بستری بیمار در بخش های مرتبط در فرم های مصوب پرونده اورژانس بیمار ثبت می گردد.

## ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

مراقبت بحرانی به تمام بیماران سطح یک یا دو تریاژ که به نحوی شامل یکی از موارد ذیل می باشند، تعلق می گیرد.

- بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و یا بدحال (مانند مصادیق ذکر شده در جدول زیر) نیازمند مراقبت بحرانی می باشند:

ردیف	اندیکاسیون	توضیحات
۱	بیماران ترومایی	بیماران دچار ترومای متعدد شامل ترومای نافذ و غیرنافذ قفسه سینه (شکم و لگن) که باعث اختلال در علائم حیاتی بیمار شده و ضربه به سر با علایم نورولوژیک و یا کاهش سطح هوشیاری <b>13</b> یا کمتر ( $GCS \leq 13$ ) و ترومای ستون فقرات همراه با علایم نورولوژیک و درد میدلاین و یا شکستگی مهره، تروما در حاملگی، ترومای متعدد در اطفال، ترومای با مکانیسم پیچیده مانند سقوط از ارتفاع یا ترومای بلانت
۲	بیماران با دیسترس حاد تنفسی	بیماران دچار تنگی نفس حاد با علایم غیر طبیعی ( $RR > 20$ )، اشباع اکسیژن شریانی زیر ۹۰، استفاده از عضلات فرعی تنفسی) شامل ادم حاد ریوی، آسم متوسط تا شدید، آمبولی ریوی، اپیگلو تیت حاد، <b>COPD</b> تشدید یافته، اسپاسم حاد برونشیا ناشی از حساسیت و آنافیلاکسی، پنومو توراکس، همو توراکس، بیماران نیازمند انتوباسیون یا حمایت تنفسی
۳	بیماران بد حال یا دچار شوک	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیمارانی که به هر دلیلی دچار علایم شوک شامل افت فشار سیستول (<math>SBP \leq 90</math>)، تائیکاردی (<math>HR &gt; 100/min</math>)، تاکی پنه (<math>RR &gt; 20/min</math>)، <b>Arterial Base Deficit &lt; 4mEq/L</b> و علایم کاهش پرفیوژن بافتی (مثل: کاهش سطح هوشیاری و اولیگوری و نارسایی ارگان ها) هستند.</li> <li>انواع شوک شامل: شوک کاردیوژنیک، شوک سپتیک، شوک نوروژنیک، شوک هیپوولمیک (خونریزی دهنده)، شوک آنافیلاکتیک</li> </ul>
۴	بیماران کاهش سطح هوشیاری	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیماران دچار افت سطح هوشیاری <b>13</b> یا کمتر (<math>GCS \leq 13</math>)</li> <li>بیماران دچار مسمومیت حاد، سکته مغزی، مننژیت و انسفالیت، انسفالوپاتی کبدی، دلیریوم، مراقبت بعد احیا، تشنج و شرایط پس از تشنج (<b>postictal</b>)</li> </ul>
۵	بیماران دچار درد حاد سینه	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیماران دچار درد سینه که وضعیت تهدید کننده حیات داشته و نیازمند ماینیتورینگ هستند و توسط نوار قلبی یا آنزیمهای قلبی یا سی تی اسکن یا سونوگرافی یا اکوکاردیوگرافی تایید شده باشد.</li> <li>هر نوع سکته قلبی یا آنژین صدری ناپایدار با تغییرات نواری یا آنزیمی، دایسکشن آئورت تایید شده با سی تی اسکن، آمبولی ریه تایید شده با سی تی اسکن یا آنزیم، پریکاردیت و تامپوناد تایید شده با نوار قلب یا سونوگرافی یا اکوکاردیو گرافی.</li> </ul>

<p>۶</p>	<p>بیماران دچار دیس ریتمی های تهدید کننده حیات</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آریتمی های تایید شده با نوار قلب و مونیتورینگ قلبی : شامل بیماران دچار دیس ریتمی تهدید کننده حیات مثل: فیبریلاسیون دهلیزی با پاسخ بطنی سریع، فیبریلاسیون بطنی، تکیکاردی فوق بطنی و بطنی، برادی کاردی، آریتمی های ناشی از اختلالات الکترولیتی ( تایید شده با نوار قلب یا مونیتورینگ قلبی )</li> <li>• بیماران نیازمند کاردیورژن ( دارویی یا الکتریکی )</li> </ul>
<p>۷</p>	<p>بیماران نیازمند اقدام درمانی یا تشخیصی خاص</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیمارانی که در بخش اورژانس نیاز به یک اقدام تشخیصی و در مانی دارند که نیازمند رعایت زمان طلایی و مراقبت خاص در طول انجام پروسیجر می باشد شامل : <ul style="list-style-type: none"> <li>۱- تجویز ترومبولیتیک (رتپلاز/ آلتپلاز یا داروی مشابه) برای بیماران دچار سکته قلبی</li> <li>۲- تجویز ترومبولیتیک ( رتپلاز/ آلتپلاز یا داروی مشابه) برای بیماران دچار آمبولی ریوی</li> <li>۳- تجویز ترومبولیتیک ( r-tPA یا داروی مشابه) برای بیماران دچار سکته مغزی ایسکمیک</li> <li>۴- ایجاد آرامبخشی و بیدردی (سدیشن) برای انجام پروسیجر دردناک درمانی (PSA) یا (RSI) و یا اقدام تشخیصی (CT SCAN/ MRI, ...) در بیمارانی که همکاری ندارند.</li> </ul> </li> </ul>
<p>۸</p>	<p>سوختگی ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سوختگی های شدید شامل : سوختگیهای درجه ۲ حرارتی یا شیمیایی بالای ۲۰٪، سوختگی های درجه ۳ بالای ۱۰٪، سوختگی های الکتریکی بالای ۱۰٪، سوختگی های استنشاقی و سوختگی های شیمیایی صورت و چشم ها</li> </ul>
<p>۹</p>	<p>بیماران با رفتار های غیر عادی و تهاجمی ( ستیزه جو)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیمارانی با رفتار های غیر عادی و تهاجمی که ممکن است در اورژانس باعث آسیب به خود و دیگران شوند یا نیت آن را داشته باشند و نیازمند مهار فیزیکی یا دارویی و مراقبت پزشکی و پرستاری باشند.</li> <li>• دلیریوم حاد، سایکوز حاد دارویی و غیر دارویی مثلا سوء مصرف مواد یا الکل، دمانس</li> </ul>
<p>۱۰</p>	<p>اختلالات خونریزی دهنده حاد</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خونریزیهای حاد و فعال شامل : خونریزیهای حاد و فعال گوارشی، خونریزی های فعال شریانی</li> </ul>
<p>۱۱</p>	<p>موارد تهدید کننده حیات</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• هر گونه اختلالی که تهدید کننده حیات انسان یا عضو باشد مثلا : آپنه یا گسپینگ تنفسی، سندرم کمپارتمان، احتمال قریب الوقوع کریز میاستنی گراویس، ضعف یا عدم وجود نبض (Cardiac Arrest or Prearrest)، نارسایی حاد کلیه، تشنج استاتوس، اکلامپسی، اختلالات متابولیک شامل: هیپرکالمی (<math>K &gt; 6</math>)، هیپوناترمی (<math>Na &lt; 120</math>) و هیپر ناترمی (<math>Na &gt; 150</math>)، هر نوع مارگزیدگی، عقرب گزیدگی با علائم سیستمیک مثل تب یا درد و ادم پیشرونده و یا اختلال انعقادی</li> </ul>
<p>۱۲</p>	<p>اورژانس های اطفال</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• کودک بد حال، حملات آسم و کروپ شدید، اپی گلویتیت حاد، اسهال و استفراغ و دهیدراتاسیون متوسط/شدید، تب و تشنج، افت سطح هوشیاری، مسمومیت ها، ترومای متعدد اطفال، ایکنتر شدید نوزادان و سپسیس</li> </ul>
<p>۱۳</p>	<p>موارد با احتمال</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• جسم خارجی در حلق یا مجاری تنفسی اصلی، آبسه حلق، تروما حنجره سوختگی مخاط</li> </ul>

دهان و حلق ، هموپتزی متوسط تا شدید	انسداد راه هوایی	
• پره اکلامپسی ، اکلامپسی ، خون ریزی های شدید بارداری ، حاملگی خارج رحمی	اورژانس های زنان و زایمان	۱۴

## ▪ مثالهایی از مراقبت بحرانی:

- (۱) مراقبت بحرانی در یک مرد ۶۵ ساله با شوک سپتیک (مثلاً متعاقب انسداد حالب ناشی از یک سنگ یا پروستاتیت)
- (۲) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۶۰ ساله با دیسترس تنفسی ( $RR=22$ ) ناشی از آسم.
- (۳) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۴۵ ساله که متعاقب تصادف اتومبیل، با خون آزاد در فضای شکم و لگن یا دچار پارگی کبد یا پارگی طحال یا هماتوم مغزی یا قفسه سینه مواج و کنتوزیون ریه شده است.
- (۴) مراقبت بحرانی از خانم ۶۵ ساله که متعاقب هیستریکتومی دچار توقف قلبی ناشی از آمبولی ریه شده است.
- (۵) مراقبت بحرانی از یک کودک ده ساله با فشار خون سیستولیک ۹۰ دچار اسهال و دهیدراتاسیون شدید.
- (۶) مراقبت بحرانی از یک کودک ۳ ساله با دیسترس شدید یا نارسایی تنفسی.
- (۷) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۳۵ ساله که در اثر سقوط از ارتفاع دچار درد میدلاین مهره های گردنی شده است .
- (۸) مراقبت بحرانی از یک خانم باردار ۲۴ ساله با خونریزی شدید واژینال یا درد ناگهانی هیپوگاستر
- (۹) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۱۳ ساله دچار ترومای متعدد.
- (۱۰) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۲۴ ساله که تشنج کرده است و با خواب آلودگی شدید بعد از تشنج به اورژانس آورده شده است .
- (۱۱) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۵۵ ساله دچار فیبریلاسیون دهلیزی یا فلوتر دهلیزی با علائم حیاتی پایدار و ضربان بالای ۱۲۰ .
- (۱۲) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۶۰ ساله با درد قفسه سینه و موج معکوس T در لیدهای پره کوردیال.
- (۱۳) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۱۵ ماهه که به علت عدم همکاری جهت انجام تصویربرداری بوسیله دارو آرامبخشی (PSA) گرفته است.
- (۱۴) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۱۰ ساله با سوختگی ناشی از آب جوش در یک اندام تحتانی و یک سوم قدامی تنه.
- (۱۵) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۲۲ ساله با سوء مصرف مواد که با رفتار تهاجمی به اورژانس مراجعه کرده است.
- (۱۶) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۴۲ ساله که در اثر بریدگی ساعد راست با جسم نوک تیز دچار خونریزی فعال شریانی از محل بریدگی شده است.
- (۱۷) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۲۹ ساله که توسط مار گزیده شده است.
- (۱۸) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۳۰ ساله که توسط عقرب گزیده شده است و محل گزش درد پیشرونده دارد.
- (۱۹) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۱۸ ساله که با شکستگی ساق پا که نبض اندام تحتانی همان سمت ضعیف شده است.
- (۲۰) مراقبت بحرانی از یک بیمار ۲۸ ساله که برای جا اندازی شانه (با هر نوع داروی بیهوشی یا خواب آور) آرامبخشی گرفته است.

- ۲۱) مراقبت بحرانی جهت اقدامات پس از احیاء از یک بیمار با ایست قلبی- تنفسی که احیا شده و تحت نظر میباشد.
- ۲۲) مراقبت بحرانی از یک بیمار که با سطح ۳ تریاژ مراجعه کرده است و در بخش اورژانس تحت نظر بوده و دچار برادی کاردی علامتدار شده است .
- ۲۳) مراقبت بحرانی از بیماری که با ایست قلبی تنفسی آورده شده است و پس از ۲۰ دقیقه احیای نا موفق فوت کرده است.
- ۲۴) مراقبت بحرانی از یک بیمار موجود در بخش اورژانس که کاندید بستری ICU بوده یا نیازمند مراقبت بحرانی است ولی به علت عدم وجود تخت خالی در بخش مربوطه، در اورژانس باقی مانده است و علاوه بر ویزیت سرویس مربوطه ، تحت نظر متخصص طب اورژانس بوده و بطور مکرر توسط ایشان ویزیت می گردد.
- ۲۵) مراقبت بحرانی از کودکی که جهت انجام اقدامات تشخیصی و تصویر برداری و یا ترمیم آسیب ها نیاز به آرامبخشی ( PSA ) توسط متخصص طب اورژانس دارد.

### **م) شواهد علمی در خصوص کنترا اندیکاسیون های دقیق خدمت:**

جهت بیماران با سطح پنج و چهار و سه تریاژ ESI انجام این خدمت غیر ضروری می باشد (مگر در صورت تغییر شرایط بالینی بیمار در طول بستری در بخش اورژانس) کنترا اندیکاسیونی ( منع ارائه ) برای این خدمت وجود ندارد.

### **ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:**

زمان ارائه یک واحد خدمت ۴۵ دقیقه می باشد و هر ۸ ساعت یکبار قابل انجام است.

### **س) مدت اقامت در بخش اورژانس جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:**

انجام این خدمت معمولاً در بدو ورود بیمار بصورت اولیه یا بصورت ثانویه در صورت تغییر در شرایط بالینی بیمار و بر اساس درخواست فرد ذیصلاح (صرفاً توسط متخصص طب اورژانس) طبق زمانبندی استاندارد صورت می گیرد. این خدمت در همه بیماران بستری در بخش اورژانس، با هر مدت زمان ماندگاری قابل انجام است (در صورتی که واجد شرایط بند ل باشد). در بعضی از موارد همانند بیماران با جاناندازی در رفتگی مفصل شانه، یا اصلاح دیس ریتمی حاد قلبی، پس از مراقبت بحرانی و حتی کمتر از ۶ ساعت در صورت داشتن شرایط پایدار بالینی و قضاوت بالینی پزشک، بیمار از بخش اورژانس مرخص شود.



### **(ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:**

هنگام ترخیص بیمار از بخش اورژانس، آموزش های لازم در مورد مصرف داروها، تغذیه بیمار، مراقبت از زخم و محل پروسیجر، ممنوعیت غذایی\_ دارویی و نیز علائم هشدار و توصیه های لازم جهت ویزیت مجدد و فالوآپ در بخش اورژانس یا ارجاع به درمانگاه های تخصصی مربوطه (در صورت نیاز) با ثبت در پرونده و همچنین در برگه های اختصاصی آموزش به بیمار و همچنین فرم خلاصه پرونده به بیمار ارائه می گردد.

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز

مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی		محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت		کد RVU	عنوان استاندارد
	فواصل انجام	تعداد دفعات مورد نیاز		کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون			سریایی	بستری		
۴۵ دقیقه	۸ هر ساعت یکبار	بسته به شرایط بالینی بیمار و پاسخ به درمان	بخش اورژانس بیمارستان و مراکز درمانی	ندارد	سطوح یک و دو تریاز ESI4  تغییر سطح تریاز و وخامت بالینی یا انجام آرام بخشی	متخصص طب اورژانس و فلوشیپ های طب اورژانس	متخصص طب اورژانس	بخش اورژانس	بخش اورژانس (سایر بخش های بستری بیمارستان در بحران ها و مواقع استثناء)	۹۰۱۹۷۰	مراقبت بحرانی

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی می بایست ویرایش صورت پذیرد.

## منابع لاتین:

- 1) Madara JL and colleagues, (2018). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association. Page:22-23,679-680,716-717.
- 2) Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (2018). Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Elsevier Saunders.
- 3) Judith E. Tintinalli, J. Stephen Stapczynski, O. John Ma, David M. Cline, Rita K. Cydulka, Garth D. Meckler, The American College of Emergency Physicians (2020), Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9th Edition, McGraw-Hill.
- 4) Bates' Guide to Physical Examination and History Taking 2019.
- 5) Gautam V. (2019). International Perspective from the United Kingdom on "Surgeons' and Emergency Physicians' Perceptions of Trauma Management and Training", West J Emerg Med. 2019 Aug; 10(3): 150-151.
- 6) Lynn S. Bickley, 2019, Bates' Guide to Physical Examination and History Taking.
- 7) ROSEN'S. EMERGENCY MEDICINE. (2018) Concepts and Clinical Practice. 9<sup>th</sup> Edition

## منابع فارسی:

- ۱) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا)، معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵).
- ۲) کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت، معاونت درمان و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹.
- ۳) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۹۹
- ۴) دستورالعمل اجرایی تریاژ-ویرایش دوم- اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴).
- ۵) دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس-نسخه ۰۶- اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۷).
- ۶) استاندارد تجهیزات بخش اورژانس بیمارستانی، اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۵).
- ۷) یوسف زاده چابک ش و همکاران، ترخیص بیماران قبل و بعد از استقرار متخصص طب اورژانس، مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۱۳۸۸، چاپ ۲۴، شماره ۷۱، صفحات ۶۴-۷۰.
- ۸) اسدی پ، منصف کسمائی و زهره وندی ب، ضیاء ضیابری س م، بیک زاده مرزبانی ب: وضعیت تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس بیمارستان پورسینای رشت قبل و بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس. مجله طب اورژانس ایران. پاییز ۱۳۳۱، دوره ۱، شماره ۱، صفحه ۸۲-۱۱.



معاونت درمان

دیپارتمان شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

ویزیت جامع اورژانس

نسخه دوم

زمستان ۱۳۹۹

## تهیه و تدوین:

سمت	نام و نام خانوادگی
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیات بودرد طب اورژانس	علی ارحمی دولت آبادی
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر هیات بودرد طب اورژانس	علی بیداری
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و رییس انجمن علمی طب اورژانس	نادر توکلی
متخصص طب اورژانس و عضو انجمن علمی طب اورژانس	سهیل صالحی
متخصص طب اورژانس و مسئول کمیته صنفی انجمن علمی طب اورژانس	مجید علیمردانی
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دبیر انجمن علمی طب اورژانس	بابک معصومی
متخصص طب اورژانس، رئیس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت	حسن واعظی

## تحت نظارت فنی:

گروه تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

ارائه خدمات مناسب در بخش اورژانس بیمارستانی همیشه یکی از دغدغه های متولیان امور درمان بوده است. شروع این خدمات در سطح تخصصی و با وجود متخصصین طب اورژانس با انجام ویزیت های تخصصی در بخش های اورژانس می باشد. با عنایت به نگاه جامع نگر و اشراف کامل گروه تخصصی طب اورژانس به موارد رایج از طیف سرپایی تا موارد تهدید کننده حیات و اورژانس در رشته های مختلف، سکنه های قلبی و مغزی، مسمومیت ها، تروما، حوادث ویژه و همچنین در امر درمان و مدیریت امور بحران و بلایا در کشور، تدوین استاندارد خدمات بخش اورژانس تخصصی و گسترش این خدمات سبب افزایش رضایتمندی هموطنان و ارتقا شاخص های درمان کشور می گردد.

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

عنوان فارسی: ویزیت جامع اورژانس برای بیماران سطح ۱ و ۲ اورژانس

### عنوان لاتین : Comprehensive Emergency Visit

ویزیت جامع اورژانس در کتاب (Current Procedural Terminology 2018) تحت کد بین المللی ۹۹۲۸۵-۹۹۲۸۴ و در کتاب تعرفه های خدمات بهداشتی، درمانی (کالیفرنیا) تحت کد بین المللی ۹۰۵۲۰ و در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت (سال ۱۳۹۹) با کد ملی ۹۰۱۹۴۹ ثبت گردیده است.

### ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

ویزیت جامع در بخش اورژانس، پس از انجام تریاژ بیمار در واحد تریاژ توسط پرستار، برای ارزیابی پزشکی و درمان بیماری انجام می شود که تحت محدودیت ناشی از فوریت به دلیل شرایط پرخطر بالینی و یا دیسترس روانی و یا درد شدید و یا علایم حیاتی در منطقه خطر (Danger Zone) قرار دارد و نیازمند سه جزء کلیدی زیر است:

• شرح حال جامع

• معاینات جامع

• تصمیم گیری پزشکی با درجه پیچیدگی متوسط یا بالا

بسته به ماهیت مشکل یا مشکلات بیمار و نیاز وی، با خانواده یا همراهانش مصاحبه های لازم انجام و هماهنگی لازم با سایر دست اندرکاران و یا عوامل مرتبط با تشخیص و درمان انجام می شود و معمولاً مشکل یا مشکلات بروز کرده از شدت بیشتری نسبت به بیماران سطح سه و چهار تریاژ ESI برخوردار است.

باعنایت به قانون اساسی و لزوم تامین دسترسی عموم به خدمات بهداشتی درمانی و لزوم پذیرش بی قید و شرط مصدومین و بیماران بدحال، انجام این خدمت و رفع علل تهدید کننده حیات در مورد بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستانها، ضروری است و در راستای ارتقاء خدمات حیاتی، انجام این خدمت توسط سرویس تخصصی طب اورژانس در بخش اورژانس همه بیمارستان های کشور مورد تاکید می باشد.

### **ج) اقدامات یا پروسیجر های ضروری جهت درمان بیماری (ارائه خدمت):**

#### **• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر**

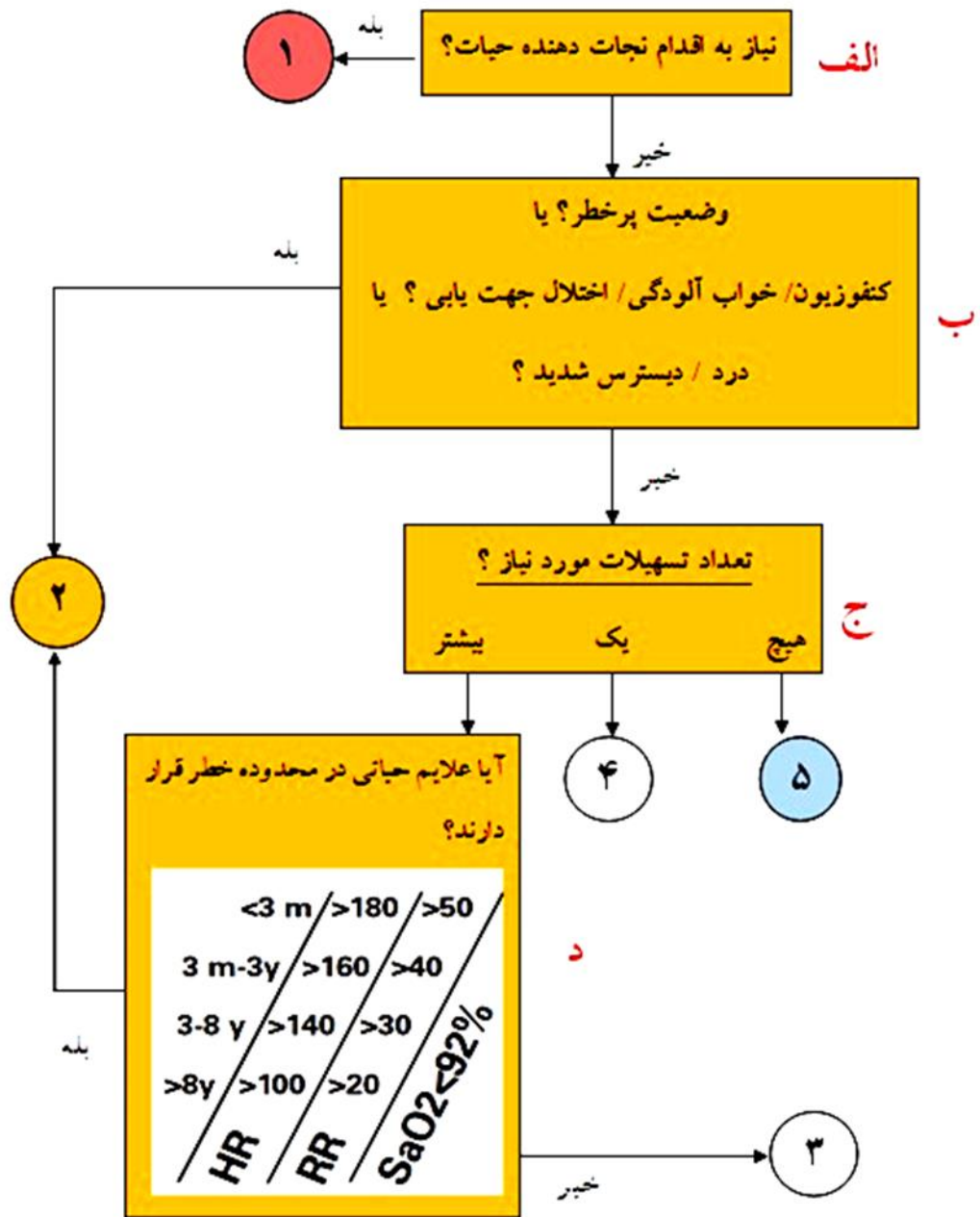
##### **۱- انجام تریاژ بیمار (preoperation)**

تریاز بیماران اورژانس توسط پرستار این واحد، با شیوه ۵ سطحی الگوی مصوب **ESI 4** می باشد. در این شیوه تریاز، بیماران در پنج سطح از نظر شدت وخامت بیماری و تعداد تسهیلات مورد نیاز، تقسیم و اولویت بندی می شوند. در صورتیکه بیمار در سطوح یک و یا دو تریاز قرار گیرد، این خدمت انجام می پذیرد.

##### **۲- پرسیدن علت مراجعه و مشکل اصلی بیمار (preoperation)**

۳- اندازه گیری علائم حیاتی بیمار (با توجه به شرایط بالینی بیمار و به شرط عدم تاخیر در ارائه خدمات فوریتی) شامل:

فشارخون، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت و درصد اشباع اکسیژن شریانی (**preoperation**)



(الگوریتم تریاژ ESI 4)

با توجه به الگوریتم تریاژ ESI 4، در صورتیکه بیماران در سطح ۱ یا ۲ قرار گیرند، شامل این خدمت می شوند. برای بیماران سطح ۳ تریاژ که در بخش های تخصصی مربوطه (خارج از بخش اورژانس) بستری می شوند، نیز این ویزیت انجام می گیرد.



## • ارزیابی حین انجام پروسیجر (operation)

- ۱- اخذ شرح حال جامع و تاریخچه کامل بیمار (operation)
  - ۲- انجام معاینه جامع با توجه به شرایط بیمار و شرایط بخش اورژانس (operation)
  - ۳- تصمیم گیری پزشکی با درجه متوسط یا بالایی از پیچیدگی، شامل اقدام حیاتبخش احتمالی مورد نیاز و تجویز دارو و درخواست مدالیتی تشخیصی مورد نیاز (operation)
  - ۴- مکتوب کردن خلاصه شرح حال و معاینه فیزیکی در پرونده بیمار (postoperation)
  - ۵- مکتوب کردن دستورات پزشکی در پرونده بیمار (postoperation)
- این خدمت برای تمام بیماران سطح سه تریاژ که در بخش های مربوطه بستری می شوند و یا بیماران سطح دو یا یک تریاژ **ESI** که دارای پرونده اورژانس می باشند و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند، انجام می گیرد.
  - این ویزیت زمانی انجام می گیرد که بیمار توسط پزشک معالج ویزیت شده باشد و مستندات پرونده شامل: شرح حال، دستورات پزشکی و سایر گزارشات لازم، کامل باشد.
  - این خدمت به صورت خدمتی مجزا و مستقل از مراقبت بحرانی بوده و سایر خدمات بصورت جداگانه از این خدمت، قابل انجام و گزارش می باشد.
  - در بیماران با تریاژ سطح ۱، ویزیت جامع و مراقبت بحرانی بطور همزمان قابل انجام است.
  - برای همه بیماران تریاژ سطح ۲، ویزیت جامع پرداخت می شود. در صورت پایین آمدن سطح تریاژ از ۲ به ۱ هم، مطابق با مصادیق و اندیکاسیون های موجود در شناسنامه خدمت مراقبت بحرانی، خدمات اورژانس شامل خدمت مراقبت بحرانی و خدمات **High Risk** و **Life Saving**، قابل انجام می باشد.
  - به بیماران سطح ۳ تریاژ که در بخش های تخصصی مربوطه (خارج از بخش اورژانس) پس از اطلاع، مشاوره یا ویزیت سایر گروه های تخصصی، بستری می شوند، باتوجه به نیاز به شرح حال و معاینه کامل و تصمیم گیری معادل بیماران سطح ۲ تریاژ، ویزیت جامع انجام می گیرد.
  - پس از انجام اقدامات اولیه ( **preoperation** ) در واحد تریاژ، بیمار به اتاق احیا و یا بخش اورژانس منتقل شده و پس از شرح حال و معاینه جامع و کامل، اقدامات لازم شامل اقدامات حیات بخش احتمالی مورد نیاز و دستورات دارویی و یا درخواست اقدامات تشخیصی ثبت و انجام می شود. در نهایت بسته به شرایط بالینی بیمار تصمیم گیری از نوع متوسط تا پیچیده ( **decision making** ) انجام می شود. سپس متخصص طب اورژانس اقدام به انجام مراحل تشخیص، درمان و در نهایت ترخیص بیمار نموده و یا در صورت نیاز، ویزیت / مشاوره سایر رشته های تخصصی / فوق تخصصی را درخواست می

کند و پس از انجام فرایند Disposition ، در نهایت، بیمار ترخیص، اعزام و یا در بخش تخصصی مربوطه (خارج از اورژانس) بستری می شود.

#### • ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

۱- مکتوب کردن خلاصه شرح حال جامع و معاینه فیزیکی کامل بیمار در پرونده بیمار (postoperation)

۲- مکتوب کردن دستورات پزشکی تشخیصی و درمانی در پرونده بیمار (postoperation)

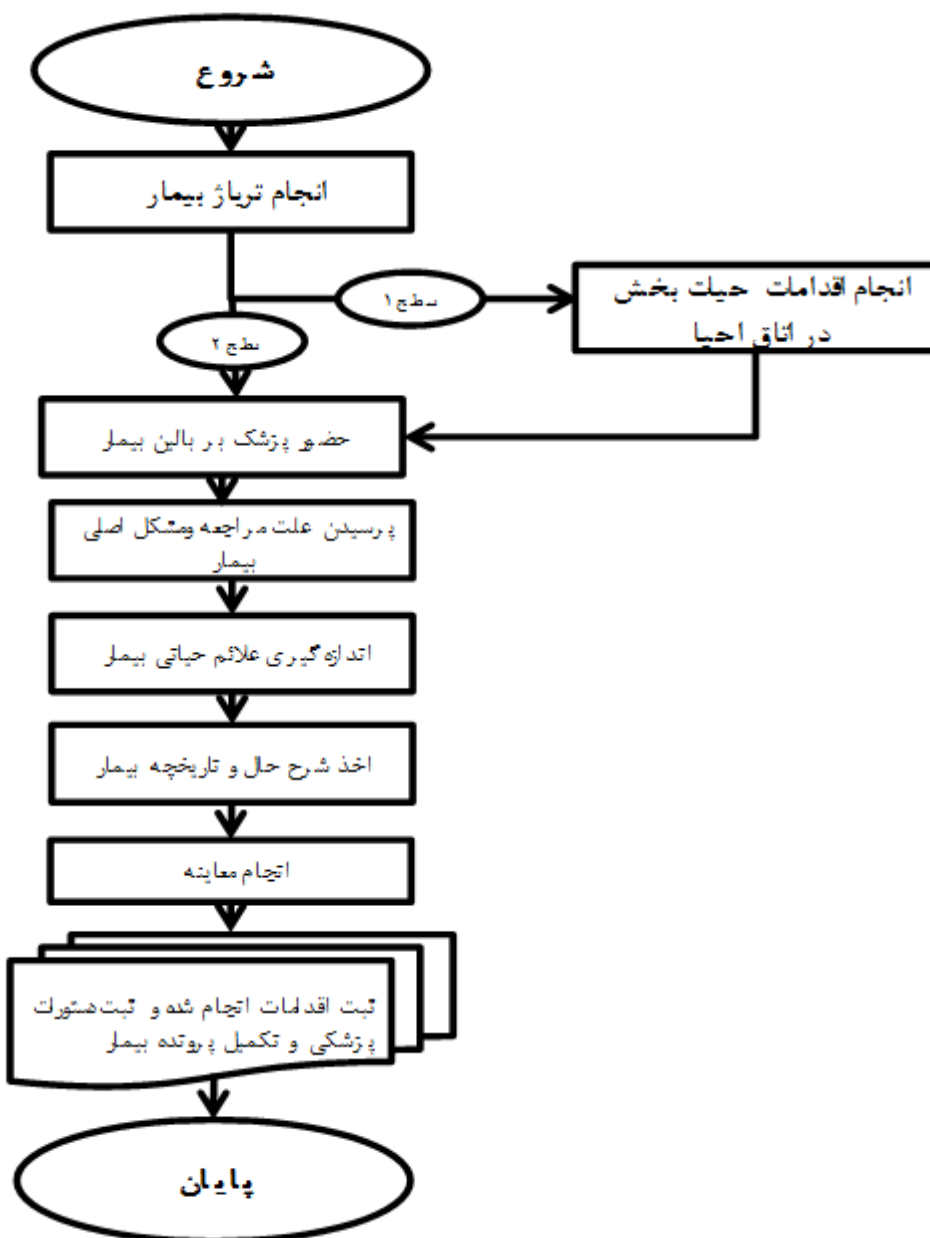
۳- مستند سازی دستور ترخیص بیمار توسط پزشک در پرونده بخش اورژانس (postoperation)

#### • کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

این خدمت عوارض جانبی خاصی ندارد.

#### (د) تواتر ارائه خدمت (تعداد دفعات مورد نیاز / فواصل انجام)

هر ۲۴ ساعت یک بار انجام می شود



**ه) فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز**

- متخصص طب اورژانس بصورت اولیه

**و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:**

- متخصص طب اورژانس

- در بیمارستان های تک تخصصی در صورت عدم حضور متخصص طب اورژانس با توجه به سطح بندی بیماران پزشک متخصص

آموزش دیده

## ز) 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
	پرستار	انفر	کارشناس پرستاری	حداقل ۵ سال سابقه کار	انجام تریاژ بیمار در بدو ورود

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

ویزیت جامع اورژانس در بخش اورژانس بیمارستان یا سایر مراکز درمانی طبق استانداردهای وزارت بهداشت و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس انجام می گردد. این خدمت در بخش اورژانس، روی تخت بیمار، اتاق احیاء یا بخش اورژانس با حفظ شرایط حریم خصوصی و محرمانگی قابل انجام می باشد.

## ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای اداری به ازای هر خدمت:

**توضیح:** اگرچه بطور معمول انجام اقدامات مورد نیاز بیمار نیازمند تفسیر پارامترهای فیزیولوژیک متعدد و/یا کاربرد تکنولوژی پیشرفته ( طبق استاندارد تجهیزات بخش اورژانس بیمارستانی مصوب وزارت بهداشت ) می باشد ولی در شرایط پرخطر بیمار، حتی زمانیکه این امکانات بطور کامل در دسترس نباشند نیز، این خدمت قابل ارائه می باشد.

ردیف	عنوان تجهیزات	شناسه فنی	کاربرد در فرایند ارائه خدمت	متوسط عمر مفید تجهیزات	تعداد خدمات قابل ارائه در واحد زمان	متوسط زمان کاربری به ازای هر خدمت
۱	گوشی پزشکی	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه
۲	چکش رفلکس	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه
۳	فشار سنج پزشکی بزرگسالان و اطفال	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه
۴	دیاپازن	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه
۵	اسپکولوم	تمامی انواع و آئینال	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۳ دقیقه
۶	دماسنج پزشکی	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه
۷	چراغ قوه	تمامی انواع پزشکی	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۲ دقیقه
۸	وسیله اندازه گیری	تمامی انواع پزشکی	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه
۹	افتالمو سکوپ	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۱۰ دقیقه
۱۰	اتوسکوپ	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه

توضیح: پزشک معالج بنا بر شرح حال کامل بیمار می تواند از هر کدام از وسایل فوق جهت معاینه بیمار استفاده نماید. می بایست

دسترسی به داروها و تجهیزات استاندارد بخش اورژانس (آخرین دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس مصوبه وزارت

بهداشت) برای پزشک معالج در بخش اورژانس فراهم باشد.

## ی) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)	مدل / مارک های واجد شرایط (تولید داخل و خارج)
۱	دستکش یکبار مصرف و استریل	یک جفت	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۲	آبسلانگ و چراغ معاینه	یک تا دو عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۳	ماسک یکبار مصرف و سایر تجهیزات حفاظت فردی به تناسب نیاز	۱ عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت

## ک) استانداردهای ثبت (شامل گزارش نتایج درمانی و ثبت در پرونده بیمار و بررسی های حین درمان از جمله سوابق بیمار و

تلفیق دارویی):

طبق پرونده اورژانس تمام مراحل تریاژ، شرح حال و معاینه فیزیکی کامل و جامع، دستورات دارویی، درخواست های تشخیصی و تریخیص بیمار و در صورت نیاز مشاوره ها و نیاز به بستری و یا اعزام بیمار در پرونده ثبت می گردد.

## ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

-این ویزیت به تمام بیماران سطح سه تریاژ که در سایر بخش های تخصصی مربوطه (خارج از بخش اورژانس) بستری می شوند و یا بیماران سطح دو یا یک تریاژ ESI که دارای پرونده اورژانس می باشند و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند، تعلق می گیرد .

-در بیماران سطح یک تریاژ انجام این خدمت همزمان با مراقبت بحرانی قابل ارائه بوده و ارزش خدمتی آن همزمان با مراقبت بحرانی قابل گزارش و محاسبه و پرداخت می باشد.

-در صورت تجویز دستور بستری بیمار توسط متخصص طب اورژانس و نبود تخت خالی جهت انتقال بیمار، و در صورت عدم ویزیت بیمار توسط سرویس مربوطه، یک ویزیت جامع در همان روز، برای متخصص طب اورژانس قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

-انجام این خدمت توسط متخصص ذیصلاح (صرفاً متخصص طب اورژانس) باعث کشف سریعتر علت مشکل بیمار و درمان بهتر و سریعتر آن و در نهایت باعث کاهش انجام مشاوره های غیرضروری و کاهش میزان بستری در بخش های تخصصی بیمارستانی و در نهایت کاهش هزینه های درمان و افزایش رضایتمندی بیماران می گردد. انجام این خدمت هیچگونه عارضه ای برای بیمار ندارد.

### **(م) شواهد علمی در خصوص کتتراندیکاسیون های دقیق خدمت:**

جهت بیماران با سطح پنج و چهار تریاژ ESI انجام این خدمت غیرضروری می باشد. کتتراندیکاسیونی ( منع ارائه ) برای این خدمت وجود ندارد.

### **(ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:**

باتوجه به ماهیت کاری بخش اورژانس و لزوم ارایه خدمات در اسرع وقت و همچنین با عنایت به تنوع و تعدد مراجعات بیماران به این بخش، زمان دقیق انجام این خدمت، به عنوان یک فاکتور تعیین کننده در ویزیت جامع اورژانس مطرح نمی باشد. در شرایط معمول، فقط انجام ویزیت محدود حدود ۱۰ دقیقه طول می کشد.

### **(س) مدت اقامت در بخش اورژانس جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه: (مبتنی بر شواهد):**

این خدمت معمولاً در بدو ورود بیمار بصورت اولیه یا بصورت ثانویه بر اساس درخواست خدمت توسط افراد ذیصلاح و صرفاً توسط پزشک متخصص طب اورژانس صورت می گیرد. جهت ارتقاء شاخص های بخش اورژانس، برای ارایه این خدمت، بهتر است مدت اقامت و تعیین تکلیف بیمار در بخش اورژانس علیرغم احتمال نیاز به انجام مشاوره/ویزیت سرویس های تخصصی دیگر و یا نیاز به بهره گیری از مدالیته های تشخیصی بیشتر، کمتر از ۶ ساعت باشد. ارزش این خدمت در بیماران با پرونده بستری بخش اورژانس، قابل گزارش و پرداخت است(در صورتی که واجد شرایط بند(ل) و بند (ه) باشد).

### **(ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:**

هنگام ترخیص بیمار از بخش اورژانس، آموزش های لازم در مورد مصرف داروها، تغذیه بیمار، مراقبت از زخم و محل پروسیجر، ممنوعیت غذایی\_ دارویی و نیز علائم هشدار و توصیه های لازم جهت ویزیت مجدد و فالوآپ در بخش اورژانس یا ارجاع به درمانگاه های تخصصی مربوطه (در صورت نیاز) با ثبت در پرونده و همچنین در قسمت اختصاصی آموزش به بیمار در فرم خلاصه پرونده به بیمار ارائه می گردد.

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز

توضیحات	مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی		محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت	کد RVU	عنوان استاندارد
		تعداد دفعات مورد نیاز	فاصله انجام		اندیکاسیون	کنترل اندیکاسیون					
می تواند همزمان با مراقبت بحرانی ارائه شود	حدود ۱۰ دقیقه وابسته به شرایط بالینی بیمار متغیر است.	یک بار برای بیمار در هر ۲۴ ساعت		بخش اورژانس	ندارد	بیماران سطح سه تریاژی که نیاز به بستری در بخشهای بستری بیمارستان دارند و بیماران سطح دو و یک تریاژ (بیماران سطح ۴ و ۵ تریاژ که در روند ارایه خدمت دچار وخامت بالینی شوند)	متخصص طب اورژانس و در بیمارستان های تک تخصصی در صورت عدم حضور متخصص طب اورژانس با توجه به سطح بندی بیماران پزشک متخصص آموزش دیده	متخصصین طب اورژانس	بستری	۹۰۱۹۴۹	ویزیت جامع

• تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی می بایست ویرایش صورت پذیرد.



## منابع لاتین :

- 1) Madara JL and colleagues, (2018). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association. Page:22-23,679-680,716-717.
- 2) Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (2018). Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Elsevier Saunders.
- 3) Judith E. Tintinalli, J. Stephen Stapczynski, O. John Ma, David M. Cline, Rita K. Cydulka, Garth D. Meckler, The American College of Emergency Physicians (2020), Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9th Edition, McGraw-Hill.
- 4) Bates' Guide to Physical Examination and History Taking 2019.
- 5) Gautam V. (2019). International Perspective from the United Kingdom on "Surgeons' and Emergency Physicians' Perceptions of Trauma Management and Training", West J Emerg Med. 2019 Aug; 10(3): 150-151.
- 6) Lynn S. Bickley, 2019, Bates' Guide to Physical Examination and History Taking.
- 7) ROSEN'S. EMERGENCY MEDICINE. (2018) Concepts and Clinical Practice. 9<sup>th</sup> Edition

## منابع فارسی:

- 1) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا)، معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵)،
- 2) کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت، معاونت درمان و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹.
- 3) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۹۹
- 4) دستورالعمل اجرایی تریاژ-ویرایش دوم- اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴).
- 5) دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس-نسخه ۰۶- اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۷).
- 6) استاندارد تجهیزات بخش اورژانس بیمارستانی، اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۵).
- 7) یوسف زاده چابک ش و همکاران، ترخیص بیماران قبل و بعد از استقرار متخصص طب اورژانس، مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۱۳۸۸، چاپ ۲۴، شماره ۷۱، صفحات ۶۴-۷۰.
- 8) اسدی پ، منصف کسمائی و زهره وندی ب، ضیاء ضیابری س م، بیک زاده مرزبانی ب: وضعیت تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس بیمارستان پورسینا رشت قبل و بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس. مجله طب اورژانس ایران. پاییز ۱۳۳۱، دوره ۱، شماره ۱، صفحه ۸۲-۱۱.



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

ویزیت محدود اورژانس

نسخه دوم

زمستان ۱۳۹۹

## تهیه و تدوین:

نام و نام خانوادگی	سمت
علی ارحمی دولت آبادی	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیات بورد طب اورژانس
علی بیداری	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر هیات بورد طب اورژانس
نادر توکلی	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و رییس انجمن علمی طب اورژانس
سپهیل صالحی	متخصص طب اورژانس و عضو انجمن علمی طب اورژانس
مجید علیمردانی	متخصص طب اورژانس و مسئول کمیته صنفی انجمن علمی طب اورژانس
بابک معصومی	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دبیر انجمن علمی طب اورژانس
حسن واعظی	متخصص طب اورژانس، رئیس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت

## تحت نظارت فنی:

گروه تدوین استاندارد و راهنما های سلامت  
دفتر ارزیابی فن آوری ، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

## مقدمه:

ارائه خدمات مناسب در بخش اورژانس بیمارستانی همیشه یکی از دغدغه های متولیان امور درمان بوده است. شروع این خدمات در سطح تخصصی و با وجود متخصصین طب اورژانس با انجام ویزیت های تخصصی در بخش های اورژانس می باشد. با عنایت به نگاه جامع نگر و اشراف کامل گروه تخصصی طب اورژانس به موارد رایج از طیف سرپایی تا موارد تهدید کننده حیات و اورژانس در رشته های مختلف، سکنه های قلبی و مغزی، مسمومیت ها، تروما، حوادث ویژه و همچنین در امر درمان و مدیریت امور بحران و بلایا در کشور، تدوین استاندارد خدمات بخش اورژانس تخصصی و گسترش این خدمات سبب افزایش رضایتمندی هموطنان و ارتقا شاخص های درمان کشور می گردد.

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

عنوان فارسی: ویزیت محدود اورژانس

عنوان لاتین: **Limited Emergency visit**

ویزیت محدود اورژانس در کتاب (Current Procedural Terminology 2018) با کد بین المللی ۹۹۲۸۲-۹۹۲۸۳ و در کتاب تعرفه های خدمات بهداشتی، درمانی (کالیفرنیا) با کد بین المللی ۹۰۵۱۰ و در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت (سال ۱۳۹۹) با کد ملی ۹۰۱۹۴۸ ثبت گردیده است.

## ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

ویزیت محدود اورژانس در بخش اورژانس، پس از انجام تریاژ بیمار در واحد تریاژ توسط پرستار، برای ارزیابی پزشکی و اداره یک بیمار با درجه پایینی از پیچیدگی انجام می شود که شامل سه جزء زیر است:

- شرح حال متمرکز و محدود درمورد مشکل بیمار
- معاینه متمرکز و محدود درمورد مشکل بیمار
- تصمیم گیری پزشکی با درجه پایین یا متوسط از پیچیدگی

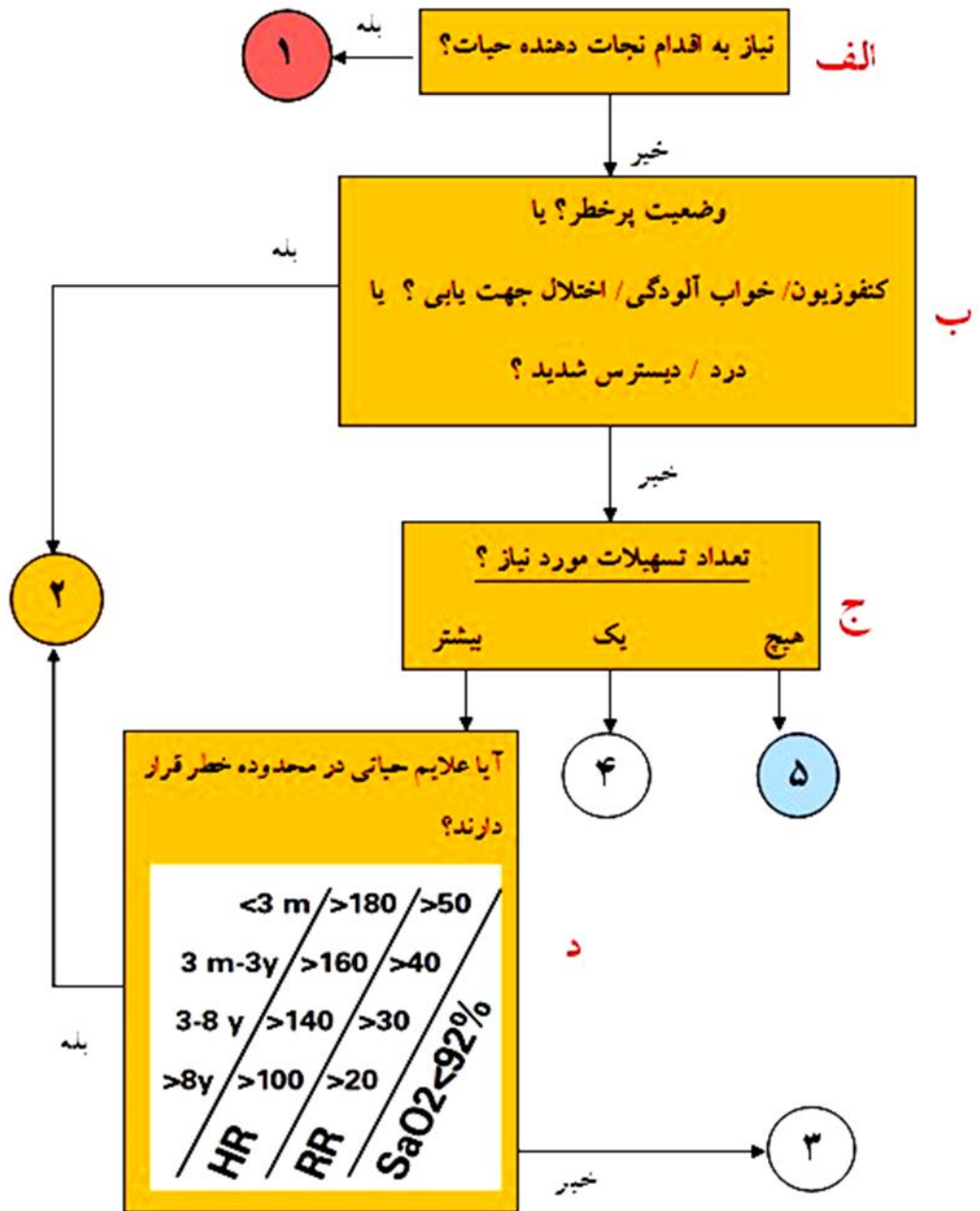
باعنایت به قانون اساسی و لزوم دسترسی عموم به خدمات بهداشتی درمانی و لزوم پذیرش بی قید و شرط مصدومین و بیماران بدحال، انجام این خدمت و رفع علل تهدید کننده حیات در مورد بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستانها، ضروری است و در راستای ارتقاء خدمات حیاتی، انجام این خدمت توسط سرویس تخصصی طب اورژانس در بخش اورژانس همه بیمارستان های کشور مورد تاکید می باشد.

### **(ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری (ارائه خدمت) :**

#### **• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر**

#### **۱- انجام تریاژ بیمار (preoperation)**

تریاز بیماران اورژانس توسط پرستار این واحد، با شیوه ۵ سطحی الگوی مصوب **ESI 4** می باشد. در این شیوه تریاژ، بیماران در پنج سطح از نظر شدت وخامت بیماری و تعداد تسهیلات مورد نیاز، تقسیم و اولویت بندی می شوند.



(الگوریتم تریاژ ESI 4)

با توجه به الگوریتم تریاژ ESI 4، در صورتیکه بیماران در سطح ۳ و یا ۴ قرار گیرند، شامل این خدمت می شوند.

۲- پرسیدن علت مراجعه و مشکل اصلی بیمار (preoperation)

۳- اندازه گیری علائم حیاتی بیمار شامل فشارخون، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت و اشباع اکسیژن شریانی

(preoperation)

### • ارزیابی حین انجام پروسیجر

پس از اولویت بندی بیمار در واحد تریاژ و ثبت در فرم مصوب تریاژ و در صورت قرارگیری در سطوح ۳ یا ۴ تریاژ، این خدمت انجام می گیرد.

۱- این ویزیت به تمام بیماران سطح چهار و سطح سه تریاژ که دارای پرونده بخش اورژانس هستند و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند و نیاز به بستری در سایر بخش های تخصصی بیمارستان (خارج از اورژانس) ندارند، تعلق می گیرد.

۲- اخذ شرح حال متمرکز و محدود در مورد مشکل بیمار در اتاق معاینه یا بخش اورژانس

۳- انجام معاینه مبتنی بر مشکل بیمار با توجه به شرایط بیمار و شرایط بخش اورژانس (operation)

۴- تصمیم گیری پزشکی با درجه پایین یا متوسط از پیچیدگی، شامل تجویز دارو و درخواست مدالیتی تشخیصی مورد نیاز

۵- در این سطوح تریاژ (۳ و ۴) مطابق الگوریتم تریاژ 4 ESI، تعداد یک تسهیلات در سطح ۴ تریاژ و تعداد دو تسهیلات اورژانس در سطح ۳ تریاژ مورد نیاز می باشد.

۶- در نهایت پرونده بیمار تکمیل و سپس بیمار مرخص می شود.

۷- این خدمت به صورت خدمتی مجزا و مستقل از سایر خدمات بوده و به عنوان مثال کدهای NGT، ECG، FAST، ABG، پالس اکسیمتری و مانیتورینگ قلبی، سوچور، آتل گیری و گچ گیری و سایر خدمات بصورت جداگانه از این کد قابل انجام و گزارش می باشد.

۸- مطابق با استاندارد خدمت ویزیت جامع اورژانس، به بیماران سطح سه تریاژ که بستری می شوند، با توجه به نیاز به شرح حال و معاینه کامل و تصمیم گیری پیچیده معادل بیماران سطح ۲ تریاژ، ویزیت جامع اورژانس تعلق می گیرد.

### • ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

۱- مستند سازی مکتوب خلاصه شرح حال و معاینه فیزیکی در پرونده بیمار (postoperation)

۲- مستند سازی مکتوب دستورات پزشکی در پرونده بیمار (postoperation)

۳- مستند سازی مکتوب خلاصه اقدامات تشخیصی-درمانی در پرونده بیمار (postoperation) مستند سازی دستور ترخیص بیمار

توسط پزشک در پرونده بخش اورژانس

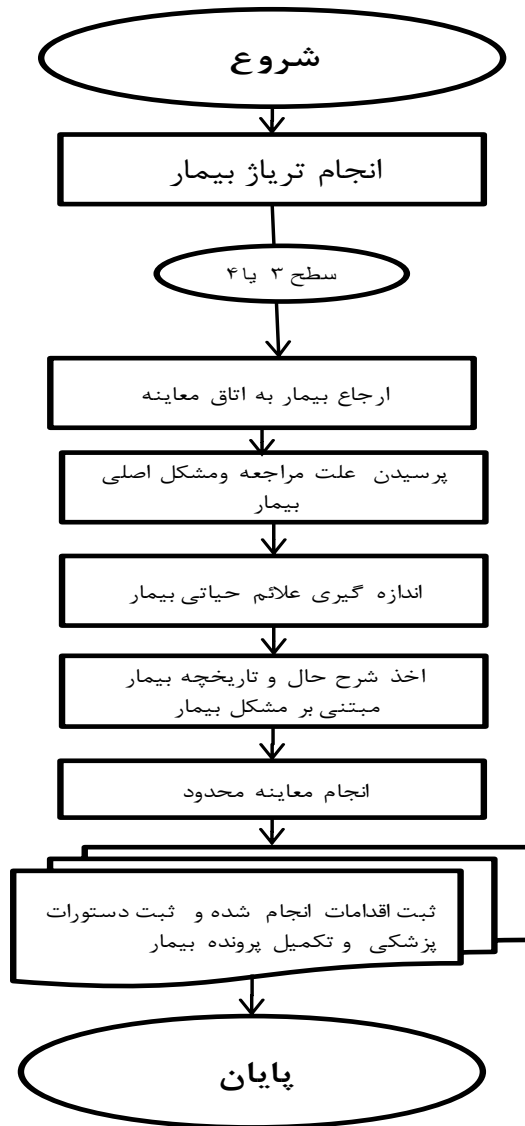
• **کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر**

این خدمت عوارض جانبی خاصی ندارد.

**( د ) تواتر ارائه خدمت (تعداد دفعات مورد نیاز / فواصل انجام)**

عمدتاً این خدمت یکبار برای هر بیمار انجام می شود. ولی در صورت تغییر شرایط بالینی بیمار (تغییر سطح تریاژ)، در مدت زمان اقامت در بخش اورژانس ، بر حسب نیاز ، ویزیت مجدد به تناسب سطح تریاژ جدید بیمار انجام می شود.





**ه) فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:**

- متخصص طب اورژانس بصورت اولیه

**و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:**

متخصص طب اورژانس

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

انجام این خدمت پس از ارزیابی پرستار تریاژ و اولویت بندی بیمار صورت می گیرد.

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	پرستار	۱ نفر	کارشناس پرستاری	حداقل ۵ سال سابقه کار	انجام تریاژ بیمار در بدو ورود

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

ویزیت محدود اورژانس در بخش اورژانس بیمارستان یا بخش اورژانس سایر مراکز درمانی طبق استانداردهای وزارت بهداشت و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس انجام می گیرد و ممکن است در اتاق معاینه بخش اورژانس یا بر روی تخت یا برانکاردر یا استریچر بیمار یا در واحد درمان سریایی اورژانس (Fast Track) یا بخش بستری اورژانس، با حفظ شرایط حریم خصوصی و محرمانگی نیز قابل انجام است.

### ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت: دسترسی به تجهیزات استاندارد بخش اورژانس (آخرین دستورالعمل استاندارد تجهیزات

بخش اورژانس مصوبه وزارت بهداشت)

ردیف	عنوان تجهیزات	کاربرد در فرایند ارائه خدمت	متوسط عمر مفید تجهیزات	تعداد خدمات قابل ارائه در واحد زمان	متوسط زمان کاربری به ازای هر خدمت
۱	گوشی پزشکی	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه
۲	چکش رفلکس	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه
۳	فشارسنج پزشکی بزرگسالان و اطفال	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه
۴	دیاپازن	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه
۵	اسپکولوم	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۳ دقیقه
۶	دماسنج پزشکی	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه
۷	چراغ قوه	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۲ دقیقه
۸	وسیله اندازه گیری	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه
۹	افتالمو سکوپ	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۱۰ دقیقه
۱۰	اتوسکوپ	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه

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

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)	مدل / مارک های واجد شرایط (تولید داخل و خارج)
۱	دستکش یکبار مصرف و استریل	یک جفت	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۲	آبسلانگ و چراغ معاینه	یک تا دو عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۳	ماسک یکبار مصرف و سایر تجهیزات حفاظت فردی به تناسب نیاز	۱ عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت

**ک) استانداردهای ثبت:**

طبق پرونده بخش اورژانس تمام مراحل تریاژ، شرح حال و معاینه فیزیکی، دستورات دارویی، درخواست های تشخیصی و ترخیص بیمار در فرم های مصوب پرونده اورژانس بیمار ثبت می گردد.

**ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:**

این ویزیت به تمام بیماران سطح چهار و سطح سه دارای پرونده اورژانس که توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند و نیاز به بستری در سایر بخش های تخصصی بیمارستان ندارند، تعلق می گیرد. انجام این خدمت توسط متخصص ذیصلاح باعث کشف سریعتر علت مشکل بیمار و درمان بهتر و سریعتر آنان و در نهایت باعث کاهش مشاوره های غیرضروری و نیز کاهش میزان بستری در سایر بخش ها و در نهایت کاهش هزینه های کلی و افزایش رضایتمندی بیماران می گردد و انجام این خدمت هیچگونه عارضه ای برای بیمار ندارد.

## **(م) شواهد علمی در خصوص کنترا اندیکاسیون های دقیق خدمت:**

- ۱- این خدمت فقط مربوط به بیماران سطح چهار و یا سه تریاژ ESI که در سایر بخش ها بستری نمی شوند، می باشد و جهت بیماران با سطح ۵ تریاژ (در صورت عدم تغییر سطح تریاژ با نظر متخصص طب اورژانس) انجام این خدمت غیر ضروری است. بدیهی است که انجام این خدمت برای بیماران با سطح یک یا دو تریاژ ESI غیر دقیق بوده و می تواند بدلیل درصد خطای بالا، منجر به افزایش موربیدیتی و مورتالیتی بیماران شود.
- ۲- کنترا اندیکاسیونی ( منع ارائه ) برای این خدمت وجود ندارد.

## **(ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:**

باتوجه به ماهیت کاری بخش اورژانس و لزوم ارائه خدمات در اسرع وقت و همچنین با عنایت به تنوع و تعدد مراجعات بیماران به این بخش، زمان دقیق انجام این خدمت، به عنوان یک فاکتور تعیین کننده در ویزیت محدود اورژانس مطرح نمی باشد. در شرایط معمول فقط انجام ویزیت محدود حدود ۸ دقیقه طول می کشد .

## **(س) مدت اقامت در بخش اورژانس جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:**

این خدمت معمولاً در بدو ورود بیمار بصورت اولیه یا بصورت ثانویه بر اساس درخواست خدمت توسط افراد ذیصلاح و صرفاً توسط پزشک متخصص طب اورژانس صورت می گیرد. جهت ارتقاء شاخص های بخش اورژانس، برای ارائه این خدمت ، بهتر است مدت اقامت بیمار در بخش اورژانس کمتر از ۶ ساعت باشد. ارزش این خدمت در بیماران با پرونده بستری بخش اورژانس، قابل گزارش و پرداخت است(در صورتی که واجد شرایط بند(ل) و بند (ه) باشد).

## **(ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار :**

هنگام ترخیص بیمار از بخش اورژانس، آموزش های لازم در مورد مصرف داروها، تغذیه بیمار، مراقبت از زخم و محل پروسیجر، ممنوعیت غذایی\_ دارویی و نیز علائم هشدار و توصیه های لازم جهت ویزیت مجدد و فالوآپ در بخش اورژانس یا ارجاع به درمانگاه های تخصصی مربوطه (در صورت نیاز) با ثبت در پرونده و همچنین در قسمت اختصاصی آموزش به بیمار در فرم خلاصه پرونده به بیمار ارائه می گردد.

## ■ منابع لاتین :

- 1) Madara JL and colleagues, (2018). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association. Page:22-23,679-680,716-717.
- 2) Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (2018). Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Elsevier Saunders.
- 3) Judith E. Tintinalli, J. Stephen Stapczynski, O. John Ma, David M. Cline, Rita K. Cydulka, Garth D. Meckler, The American College of Emergency Physicians (2020), Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9th Edition, McGraw-Hill.
- 4) Bates' Guide to Physical Examination and History Taking 2019.
- 5) Gautam V. (2019). International Perspective from the United Kingdom on "Surgeons' and Emergency Physicians' Perceptions of Trauma Management and Training", West J Emerg Med. 2019 Aug; 10(3): 150-151.
- 6) Lynn S. Bickley, 2019, Bates' Guide to Physical Examination and History Taking.
- 7) ROSEN'S. EMERGENCY MEDICINE. (2018) Concepts and Clinical Practice. 9th Edition

## ■ منابع فارسی:

- ۱) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا)، معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵)،
- ۲) کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت، معاونت درمان و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹.
- ۳) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۹۹
- ۴) دستورالعمل اجرایی تریاژ-ویرایش دوم- اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴).
- ۵) دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس- نسخه ۰۶- اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۷).
- ۶) استاندارد تجهیزات بخش اورژانس بیمارستانی، اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۵).
- ۷) یوسف زاده چابک ش و همکاران، ترخیص بیماران قبل و بعد از استقرار متخصص طب اورژانس، مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۱۳۸۸، چاپ ۲۴، شماره ۷۱، صفحات ۷۰-۶۴.
- ۸) اسدی پ، منصف کسمائی و زهره وندی ب، ضیاء ضیابری س م، بیک زاده مرزبانی ب: وضعیت تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس بیمارستان پورسینا رشت قبل و بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس. مجله طب اورژانس ایران. پاییز ۱۳۳۱، دوره ۱، شماره ۱، صفحه ۸۲-۱۱.

بسمه تعالی  
فرم تدوین راهنمای تجویز

مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی		محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت	کد RVU	عنوان استاندارد
	تعداد دفعات مورد نیاز	فاصله انجام		کنترا اندیکاسیون	اندیکاسیون					
حدود ۸ دقیقه (وابسته به شرایط بالینی بیمار متغیر است)	یک بار برای هر بیمار مگر با تغییر شرایط بیمار	یک بار	بخش اورژانس	ندارد	بیماران سطح سه تریاژی که نیاز به بستری در بخشهای تخصصی مربوطه ندارند و بیماران سطح چهار تریاژ واجد پرونده بخش اورژانس	متخصص طب اورژانس	متخصص طب اورژانس	بستری	۹۰۱۹۴۸	ویزیت محدود

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی می بایست ویرایش صورت پذیرد.

