



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

آمنوستر

بهار ۱۳۹۸

## تنظیم و تدوین:

- سرکار خانم دکتر اشرف جمال دبیر بورد تخصصی پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- جناب آقای دکتر مرتضی صانعی طاهری متخصص رادیولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی
- سرکار خانم دکتر لاله اسلامیان فلوشیپ پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- سرکار خانم دکتر صدیقه برنا فلوشیپ پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- سرکار خانم دکتر صدیقه حنطوش زاده فلوشیپ پریناتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه تهران
- جناب آقای دکتر محمد علی کریمی متخصص رادیولوژی و دبیر کمیته زنان و مامایی انجمن رادیولوژی
- سرکار خانم دکتر نسرین چنگیزی متخصص زنان و زایمان و رئیس اداره سلامت مادران وزارت بهداشت

## تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر بهزاد کلانتری، فرانک ندرخانی،

دکتر مریم خیری، آزاده حقیقی

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

Amniocentesis

آمنیوسنتز

کد ملی: ۵۰۲۰۷۵

## ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

پس از گرفتن رضایت آگاهانه از والدین، با وارد کردن سوزن Gauge ۲۰-۲۲ از طریق شکم به رحم باردار (از سن بارداری ۱۵ هفته به بعد) زیر گاید اولتراسوند و ۲۰-۳۰ سی سی مایع آمنیوتیک در شرایط استریل

## ت) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی (اندیکاسیون ها):

- تشخیص قبل از تولد از جمله بررسی کروموزومی (کاریوتایپ یا میکروآری) (براساس دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری کروموزومی جنین)
- بررسی ژن معیوب مانند تالاسمی
- بررسی عفونت جنین

## ج) تواتر ارائه خدمت

### ج-۱) تعداد دفعات مورد نیاز:

اکثریت موارد ۱ بار، به ندرت ۲ بار

### ج-۲) فواصل انجام:

بسته به علت و شرایط بیمار، تکرار ۱-۴ هفته بعد

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

- پریناتالوژیست
- متخصصین بالینی مرتبط بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت مرتبط با اندیکاسیون های ذکر شده
- متخصص زنان در موارد غربالگری مثبت برای ناهنجاری کروموزومی جنین و یا اختلال ساختاری کروموزومی در والدین (بر اساس پروتکل کشوری)

## ه) ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

۱- پریناتالوژیست

۲- رادیولوژیست

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

| ردیف | عنوان تخصص | تعداد موردنیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت | میزان تحصیلات مورد نیاز | سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم | نقش در فرایند ارائه خدمت   |
|------|------------|---|-------------------------|--|--|
| ۱    | تکنسین     | ۱ نفر   | دیپلم به بالا           | -  | پذیرش بیمار، آماده کردن بیمار و کمک در گرفتن نمونه، برچسب زدن مشخصات بیمار روی نمونه |

**(ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:**

اتاق حداقل ۳ در ۳ متر در بیمارستان، موسسه تصویربرداری، درمانگاه، مرکز جراحی محدود و مطب براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

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

دستگاه اولتراسوند با کیفیت بالا، تخت معاینه، میز تحریر

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

| ردیف | اقلام مصرفی مورد نیاز             | میزان مصرف (تعداد یا نسبت)  |
|------|-----------------------------------|-----------------------------|
| ۱    | سوزن مناسب آمیوستتز (Gauge 20-22) | ۱ عدد به ازای هر کیسه آمیون |
| ۲    | سرنگ ۱۰ سی سی                     | ۲ عدد به ازای هر کیسه آمیون |
| ۳    | سرنگ ۲ سی سی                      | ۲ عدد به ازای هر کیسه آمیون |
| ۴    | مایع آنتی سپتیک                   | ۵۰ سی سی                    |
| ۵    | دستکش استریل                      | ۱-۲ جفت                     |
| ۶    | پنبه                              | ۲ عدد                       |
| ۷    | گاز استریل                        | ۲ عدد                       |
| ۸    | ژل سونوگرافی                      | به میزان مورد نیاز          |
| ۹    | محلول گزیلوکابین                  | ۱ ویال ۵ سی سی              |
| ۱۰   | کاور استریل                       | ۱-۲ عدد                     |
| ۱۱   | کاغذ و لوازم التحریر              | به میزان مورد نیاز          |

## ظ) اقدامات پاراکلینیکی، تصویربرداری و دارویی مورد نیاز قبل از ارائه خدمت:

۱- انجام سونوگرافی بارداری برای تایید حیات جنین، سن حاملگی و تعیین محل جفت

۲- تعیین گروه خون مادر

۳- ترجیحا اطلاع از HIV , HBsAg و Hcv Ab در افراد با ریسک بالا

## ی) استانداردهای گزارش:

گزارش سونوگرافی بارداری شامل سن بارداری، ضربان قلب، میزان مایع آمنیوتیک، وجود یا عدم وجود آنومالی Gross، محل جفت، Gauge و تعداد دفعات ورود سوزن، ورود یا عدم ورود سوزن از جفت، حجم و رنگ مایع آسپیره شده، شنیدن ضربان قلب جنین پس از انجام آمنیوستنز و ثبت هر گونه عارضه بلافاصله بعد از آمنیوستنز

## گ) شواهد علمی در خصوص کنتراندیکاسیون های خدمت:

ندارد

در موارد ذیل مشاوره لازم و دقیق انجام شود:

- تهدید به سقط
- در موارد مثبت HIV و HbsAg ، HCV
- ناسازگاری Rh
- دو یا چند قلوبی

## ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

۱۰-۲۰ دقیقه

## ف) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار قبل و بعد از ارائه خدمت:

ارائه مشاوره به بیمار، فرم رضایت آگاهانه و توصیه های بعد از ارائه خدمت (شامل محدودیت فعالیت و نوشیدن مایعات فراوان طی هفته اول پس از آمنیوستنز و مراجعه در صورت بروز علائم هشدار دهنده)

## منابع:

- Hil LM. Invasive Ultrasound Principles (Obstetrics/ Gynecology). In: McGahan JP, Goldberg BB, eds. Diagnostic Ultrasound. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven;2008. P. 107-134.
- Bromley B, Benacerraf B. Chromosomal Abnormality. In: Rumack CM, Levine D, eds. Diagnostic Ultrasound, 5th ed. Philadelphia: Elsevier;2018. P. 1089-1114.
- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

بسمه تعالی  
فرم تدوین راهنمای تجویز

| 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                       |  | کنترل اندیکاسیون   | اندیکاسیون   |   |  |                |        |                 |
| زمان انجام: از سن بارداری ۱۵ هفته به بعد<br>- انجام و گزارش سونوگرافی بارداری شامل سن بارداری، ضربان قلب، میزان مایع آمنیوتیک، وجود یا عدم وجود آنومالی Gross، محل جفت، Gauge و تعداد دفعات ورود سوزن، ورود یا عدم ورود سوزن از جفت، حجم و رنگ مایع آسپیره شده، شنیدن ضربان قلب جنین پس از انجام آمنیوسنتز و ثبت هر گونه عارضه بلافاصله بعد از آمنیوسنتز | ۱۰ الی ۲۰ دقیقه | بسته به علت و شرایط بیمار، تکرار ۱ الی ۴ هفته بعد | اکثریت موارد ۱ بار، به ندرت ۲ بار | - بیمارستان<br>- موسسات تصویربرداری<br>- درمانگاه<br>- مرکز جراحی محدود<br>- مطب | ندارد<br><br>در موارد ذیل مشاوره لازم و دقیق انجام شود:<br><br>- تهدید به سقط<br>- در موارد مثبت HIV و HbsAg ، HCV<br>- ناسازگاری Rh<br>- دو یا چند قلبی | ۱- تشخیص قبل از تولد از جمله بررسی کروموزومی (کاریوتایپ یا میکرواری) بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری کروموزومی جنین<br>۲- بررسی بیماریهای تک ژنی مانند تالاسمی<br>۳- بررسی عفونت جنین | - پریناتالوژیست<br>- پریناتالوژیست<br>- رادیولوژیست | - پریناتالوژیست<br>- متخصصین بالینی مرتبط بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت مرتبط با اندیکاسیون های ذکر شده<br>- متخصص زنان در موارد غربالگری مثبت برای ناهنجاری کروموزومی جنین و یا اختلال ساختاری کروموزومی در والدین (براساس پروتکل کشوری) | سرپایی و بستری | ۵۰۲۰۷۵ | آمنیوسنتز       |

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