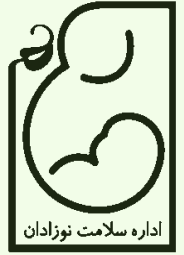


برنامه سطح بندی خدمات پری ناتال

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



اداره سلامت نوزادان



اداره سلامت مادران



تهیه کنندگان:

دکتر سید ابولفضل افجه ای	فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر انجمن علمی پزشکان نوزادان
فروزان اکرمی	کارشناس ارشد مامایی و کارشناس اداره سلامت نوزادان
فرح بابایی	کارشناس ارشد مامایی و کارشناس واحد مامایی معاونت درمان وزارت بهداشت
دکتر فاطمه مهتا بصیر	فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی
دکتر نیکفنس پدرام	فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی دانشگاه کرمان
دکتر سید احمد تارا	
دکتر مهناز ترکستانی	متخصص زنان و مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس اداره سلامت مادران وزارت بهداشت
دکتر محمد باقر حسینی	فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر محمد حیدرزاده	فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت
دکتر عباس حبیب الهی	متخصص اطفال، عضو هیئت علمی و کارشناس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت
نادر جهان مهر	
سرکار دکتر نسرین چنگیزی	متخصص زنان و مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
لاله رادپویان	کارشناس ارشد مامایی و کارشناس اداره سلامت مادران
دکتر رشیدیان	
نسرین رشیدی جزینی	کارشناس مامایی و کارشناس اداره سلامت نوزادان
محمد رضا زرکش	فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر اسماعیل کاملی	
سرکار خانم دکتر نیری	فوق تخصص نوزادان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو انجمن علمی پزشکان نوزادان
دکتر محمد اسماعیل مطلق	متخصص اطفال، عضو هیئت علمی دانشگاه اهواز و مدیر کل دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

لیست افرادی که در کارگاه های تعیین سطوح شرکت کرده اند:

نام و نام خانوادگی	دانشگاه	سمت
دکتر ژیلا آگاه	علوم پزشکی سبزوار	متخصص زنان
دکتر هومن تهرانی	علوم پزشکی سبزوار	معاونت درمان
عباسعلی تقی زاده	علوم پزشکی گناباد	کارشناس امور پرستاری
دکتر حسن صالحی پور	علوم پزشکی سبزوار	فوق تخصص نوزادان
مریم خبازی ثانی	علوم پزشکی گناباد	کارشناس دفتر پرستاری
طاهره نوری	علوم پزشکی سبزوار	کارشناس دفتر پرستاری
مهین تیز آهنگی	علوم پزشکی خراسان شمالی	کارشناس مامایی
دکتر مهناز دهقان	علوم پزشکی خراسان شمالی	متخصص اطفال
دکتر عباس کمالی	علوم پزشکی خراسان شمالی	جانشین معاونت درمان
دکتر جلیل مشاری	علوم پزشکی گناباد	معاون درمان
دکتر حسن بسکابادی	علوم پزشکی خراسان رضوی	فوق تخصص نوزادان
دکتر فاطمه تارا	علوم پزشکی خراسان رضوی	فلوشیپ پریناتالوژی
طاهره متولی عنبران	علوم پزشکی خراسان رضوی	کارشناس مامایی معاونت درمان
دکتر حسن خداپرست	علوم پزشکی خراسان رضوی	مدیر درمان
دکتر سید سعید سعیدی	علوم پزشکی خراسان رضوی	مدیر نظارت و ارزشیابی

دکتر مهران نوری	علوم پزشکی خراسان جنوبی	فوق تخصص نوزادان
سهیلا اصغر	علوم پزشکی خراسان جنوبی	کارشناس مامایی معاونت درمان
فاطمه همتی	علوم پزشکی سمنان	کارشناس امور اداری
دکتر نجمه فایز	علوم پزشکی سمنان	متخصص زنان و زایمان
شمس اله نوری پور	علوم پزشکی سمنان	فوق تخصص نوزادان
سید مهدی حسینی	علوم پزشکی گلستان	مدیر درمان
سکینه بیگم کاظمی	علوم پزشکی گلستان	کارشناس مسئول پرستاری معاونت درمان
شیمیا رحیمیان	علوم پزشکی گلستان	کارشناس مسئول مامایی
مهتاب فاطمه بصیر	علوم پزشکی شهید بهشتی	فوق تخصص نوزادان
دکتر آرزو میر فاضلی	علوم پزشکی گلستان	فوق تخصص نوزادان
وجیهه غفاری	علوم پزشکی مازندران	مدیر گروه اطفال
دکتر زهرا رحمانی	علوم پزشکی مازندران	هیئت علمی گروه زنان و زایمان
افسانه پرورش	علوم پزشکی مازندران	کارشناس مامایی
فاطمه زهرا مهدوی	علوم پزشکی مازندران	کارشناس برنامه مادران
هاجر فلاحتی	علوم پزشکی مازندران	کارشناس مامایی
نرگس سرکرده ئی	علوم پزشکی شاهرود	ماما
خدایار موفقی	علوم پزشکی شاهرود	متخصص کودکان و نوزادان
ابوالفضل باباخانی	علوم پزشکی شاهرود	معاون درمان
سیده رقیه میر مجیدی	علوم پزشکی شاهرود	متخصص زنان
دکتر رمضان آماجان	علوم پزشکی بابل	متخصص اطفال و رئیس اداره نظارت بر درمان
دکتر محسن حق شناس	علوم پزشکی بابل	فوق تخصص نوزادان و رئیس بخش نوزادان بیمارستان آیت اله روحانی
محمد رضا وفایی نسب	علوم پزشکی یزد	معاون درمان
مهدی گلوی	علوم پزشکی زاهدان	مدیر درمان
پروین پردینه	علوم پزشکی زاهدان	کارشناس دفتر پرستاری
زهرا رضایی	علوم پزشکی زابل	کارشناس مادران معاونت بهداشتی
ملیحه محمدی	علوم پزشکی زابل	کارشناس سلامت مادر و کودک
محمد رضا فردوسی	علوم پزشکی زابل	معاون درمان
فاطمه قاسمی	علوم پزشکی یزد	کارشناس مادر و کودک
زهرا نافع	علوم پزشکی یزد	متخصص اطفال
زهرا شکری	علوم پزشکی زابل	متخصص زنان و زایمان
مریم شاکر	علوم پزشکی یزد	کارشناس بهداشت خانواده
یلدا کاظمی فرد	دانشگاه علوم پزشکی جهرم	کارشناس سلامت مادران
نعیمه سامی	دانشگاه علوم پزشکی جهرم	کارشناس نظارت بر درمان
عبدالعظیم جوکار	دانشگاه علوم پزشکی جهرم	مدیر خدمات پرستاری و مامایی
بهتا صدیق	دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان	سرپرست اداره امور بیمارستانها
زهرة مدنی	دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان	مسئول اجرایی نامه های سلامت
معصومه شجاعی	علوم پزشکی شیراز	کارشناس پرستاری معاونت درمان
هاجر طالب نژاد	علوم پزشکی شیراز	کارشناس کودکان و نوزادان معاونت بهداشتی
دکتر شهناز پور آرین	علوم پزشکی شیراز	فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی
دکتر حمیرا وفایی	علوم پزشکی شیراز	پرینتالوژیست
عزت مظلومی	علوم پزشکی شیراز	کارشناس مسئول برنامه مادران

عبدالحمید محقق	علوم پزشکی شیراز	صدور پروانه های معاونت درمان
شیرین محمد زاده	علوم پزشکی بوشهر	کارشناس مسئول امور مامایی
دکتر افشین شیرکانی	علوم پزشکی بوشهر	معاون درمان و استادیار دانشکده پزشکی
مهناز عابدی	علوم پزشکی فسا	کارشناس مامایی معاونت درمان
دکتر ساره آثاری	علوم پزشکی فسا	مدیر درمان
رضا بهرامی	علوم پزشکی فسا	دستیار فوق تخصصی نوزادان
رویا کویکی	علوم پزشکی فسا	متخصص زنان و زایمان
ژاله وثوقی نیری	علوم پزشکی اردبیل	مسئول امور مامایی معاونت درمان
فریبا کهنمویی اقدم	علوم پزشکی اردبیل	مدیر گروه زنان
سهیلا پیران	علوم پزشکی اردبیل	کارشناس نوزادان معاونت بهداشتی
دکتر رامین نسیمی دوست	علوم پزشکی اردبیل	قائم مقام معاونت درمان
ژاله زهی بخش	علوم پزشکی ارومیه	کارشناس امور مامایی
دکتر مرجان زرکش	علوم پزشکی گیلان	فوق تخصص نوزادان
دکتر فروزان میلانی	علوم پزشکی گیلان	فلوشیپ پریناتال
سید احمد قیامی	علوم پزشکی گیلان	مدیر درمان
صدیقه عبدالهی	علوم پزشکی گیلان	کارشناس معاونت درمان
دکتر سیمین تقوی	علوم پزشکی تبریز	فوشیپ پریناتال و رئیس بخش پرناتالوژی
محمد باقر حسینی	علوم پزشکی تبریز	فوق تخصص نوزادان
دکتر مریم مهاجری	علوم پزشکی زنجان	پزشک متخصص زنان و زایمان
مهر انگیز حیدری	علوم پزشکی زنجان	کارشناس مسئول مامایی
دکتر سعید جلیلی	علوم پزشکی زنجان	مدیر درمان
دکتر اصغر مرزبان	علوم پزشکی زنجان	فوق نوزادان
نوذر نخعی	علوم پزشکی کرمان	معاون درمان
رضا عابد زاده	علوم پزشکی کرمان	مسئول دفتر سلامت مادر و کودک
مهدیه یزدان پناه	علوم پزشکی کرمان	مدیر گروه بهداشت خانواده
شهره فرود نیا	علوم پزشکی کرمان	کارشناس امور مامایی
محمد رضا بوالقاسمی	علوم پزشکی رفسنجان	مدیر درمان
حمید استاد ابراهیمی	علوم پزشکی رفسنجان	هئیت علمی گروه اطفال
مریم امجدی	علوم پزشکی رفسنجان	کارشناس مامایی معاونت درمان
بتول رضایی سرداری	علوم پزشکی رفسنجان	کارشناس مادران حوزه معاونت بهداشتی
بهتا صدیق	علوم پزشکی هرمزگان	مسئول اداره امور بیمارستانها
زهره مدنی	علوم پزشکی هرمزگان	مسئول واحد سلامت
بتوله ابرش پور	علوم پزشکی کرمانشاه	متخصص زنان و زایمان
شیرینا کاظمی	علوم پزشکی کرمانشاه	کارشناس مامایی
پگاه میرزا پور	علوم پزشکی کرمانشاه	کارشناس مامایی
بهناز کاملی	علوم پزشکی کرمانشاه	کارشناس مامایی
فریبا شفیعی	علوم پزشکی کرمانشاه	پزشک عمومی-کارشناس مادران
تورج احمدی جویباری	علوم پزشکی کرمانشاه	معاون امور درمان
مجید منصوری	علوم پزشکی کردستان	فوق تخصص نوزادان
سهیلا استیفایی	علوم پزشکی کردستان	مدیر پرستاری
نسرین استاد نوروزی	علوم پزشکی کردستان	کارشناس کودکان

متخصص کودکان	علوم پزشکی همدان	نصراله پزشکی
متخصص بیهوشی	علوم پزشکی همدان	حسن جلالوند
کارشناس پرستاری	علوم پزشکی همدان	سوسن سلمانیان
کارشناس مسئول دفتر پرستاری	علوم پزشکی لرستان	سیده شهین شاهرخی
معاون اجرایی معاون درمان	علوم پزشکی لرستان	دکتر رامین خسروی فر
کارشناس کودکان	علوم پزشکی لرستان	زهرة نقوی
کارشناس مادران	علوم پزشکی لرستان	طیبه صارمی
کارشناس نظارت بر درمان	علوم پزشکی لرستان	معصومه چگینی
کارشناس مامایی	علوم پزشکی اراک	مریم کریمی
مدیر دفتر پرستاری	علوم پزشکی اراک	علی اکبر شمس
معاون درمان	علوم پزشکی اصفهان	مجتبی رحیمی
فوق تخصص نوزادان	علوم پزشکی اصفهان	دکتر مجید محمدی زاده
متخصص زنان	علوم پزشکی اصفهان	دکتر الهه زارغان
کارشناس ارشد مامایی	علوم پزشکی اصفهان	زهرا جوانمردی
متخصص زنان - هیئت علمی	علوم پزشکی کاشان	دکتر الهه مصداقی نیا
کارشناس مامایی	علوم پزشکی کاشان	افسانه همتی
فوق تخصص نوزادان	علوم پزشکی کاشان	محمد جهانگیری
معاون درمان	علوم پزشکی شهرکرد	محمد تقی بهمنی
فوق تخصص نوزادان	علوم پزشکی شهرکرد	دکتر مجید محمدی
متخصص زنان	علوم پزشکی شهرکرد	دکتر مسیبه برج
کارشناس نوزادان	علوم پزشکی شهرکرد	زهرة هاشمی
کارشناس سلامت مادر و کودک	علوم پزشکی شهرکرد	مریم افضلی
کارشناس مادران	علوم پزشکی قم	معصومه فرشید مقدم
کارشناس مامایی	علوم پزشکی قم	فاطمه باقری
متخصص زنان	علوم پزشکی اراک	هما ستاری
متخصص زنان	علوم پزشکی اراک	سپیده ربیعی
کارشناس معاونت بهداشتی	علوم پزشکی اراک	عشرت سادات موسوی

شماره	عنوان فصل	صفحه
۱	مقدمه	۹
۲	تعاریف و استاندارد های سطوح ارائه خدمات پریناتال	۱۱
۳	استاندارد های بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان	۴۰
۴	نقشه سطح بندی ویژه کلان شهر تهران و البرز	۶۴
۵	نقشه کشوری برنامه سطح بندی خدمات پریناتال	۸۰
۶	مشاوره و انتقال مادر و نوزاد	۱۴۶
۷	ساز کار اجرای برنامه در کشور	۱۷۲
۸	فن آوری داده های	۱۸۸
۹	پایش برنامه	۲۰۰
۱۰	ضمیمه الف	۲۰۴
۱۱	ضمیمه ب	۲۰۵
۱۲	ضمیمه ج	۲۱۵
۱۳	ضمیمه د	۲۲۴
۱۴	نمونه توافقنامه ابعاد خدمات ویژه سطح ۳ب	۲۴۰
۱۵	نمونه توافقنامه ابعاد خدمات ویژه سطح ۳الف	۲۴۶
۱۶	نمونه توافقنامه ابعاد خدمات ویژه سطح ۲ب	۲۵۰
۱۷	نمونه توافقنامه ابعاد خدمات ویژه سطح ۲الف	۲۵۴
۱۸	نمونه توافقنامه ابعاد خدمات ویژه سطح ۱	۲۵۸

تأمین و ارتقا سلامت آحاد نفوس جامعه فریضه ای است که مسئولیت اخلاقی و شرعی و حقوقی همه مسئولین و کارگزاران امور سلامتی کشور خصوصاً "مدیریت های کلان، جوامع دانشگاهی و علمی و پژوهشی کشور را مضاعف می نماید. تأمین سلامتی و ارتقاء مستمر آن مولفه هایی هستند که تحقق آن بدون مشارکت و خرد جمعی میسر نخواهد شد. و نیل به اهداف کلان در عرصه های سلامت گروههای آسیب پذیر مستلزم سعه صدر و مشارکت همه گروههای درگیر در فرایند های مراقبت است.

از جمله شاخص های مهم سلامتی در کشور میزان مرگ و میر مادران و نوزادان می باشد، که با انجام اقدامات فراگیر متعدد و مداخلات جدی در فرایند های ارائه خدمت به نوزاد به میزان قابل توجهی کاهش یافته است اما برای رسیدن به کمترین میزان مرگ نوزاد همپای کشور های توسعه یافته و برای توسعه سلامت کشور مطابق با اهداف چشم انداز بیست ساله و رسیدن به معیار های انسان سالم همچنان راهی دراز در پیش است. بر اساس سیاست های جدید جمعیتی و اهداف ملی و بین المللی برای کاهش میزان مرگ و میر، یکی از راه کار های تجربه شده و اثر بخش برای ارتقای سلامت برنامه سطح بندی و ساماندهی خدمات مراقبت مادر و نوزاد است که بیش از ۴۰ سال پیش در امریکا، کانادا و اروپا آغاز شده هم اکنون کشور های زیادی از منافع آن بهره می برند برنامه سطح بندی خدمات پرناتال از ۱۹۷۰ میلادی با اهداف (۱) کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان، (۲) گسترش امکان دسترسی مادر و نوزاد به خدمات تشخیصی و درمانی، (۳) ارائه خدمات متناسب با مشکلات مادر و نوزاد و (۴) استفاده بهینه از منابع و امکانات جهت ارتقای کیفیت خدمت ابتدا در کشور آمریکا و سپس در تمامی کشور های توسعه یافته دنیا به مرحله اجرا درآمد. در سال ۱۹۷۱ انجمن پزشکان آمریکا مفید بودن سطح بندی ارائه خدمات منطقه ای را تأیید کرد.

سپس آکادمی طب کودکان و آکادمی جراحی زنان و مائمی تلاش خود را در جهت "سطح بندی ارائه خدمات" آغاز کردند: رشته طب مادر و جنین^۲ در سال ۱۹۷۲، رشته فوق تخصصی نوزادان^۳ در سال ۱۹۷۳ تأسیس گردید و از سال ۱۹۷۵ دارای مدرک "بورد فوق تخصصی" شد. در اوائل دهه ۸۰ گزارشی جهت ارائه به مجلس نمایندگان آمریکا برای ارزیابی اقتصادی سطح بندی ارائه شد. بررسی های آماری نشان می دهد که: پیامد نوزادان نارس یا بیمار که در سطح سه متولد می شوند بهتر است، تولد در خارج از سطح سه احتمال فوت و معلولیت را **24** برابر افزایش می دهد. باید دانست که میزان فوت نوزادان با وزن تولد بین ۱۰۰۰ تا 1500 گرم که در خارج از سطح سه متولد می شوند دو برابر است.

اگر چه سیستم انتقال نوزاد که یکی از ارکان بسیار مهم سطح بندی خدمات پری ناتال است و با استفاده از آن می توان نوزاد را از سطوح پایین ارائه خدمت به سطح ۳ رساند، ولی تحقیقات نشان می دهند که مرگ و میر نوزادان نارس و یا بیماری که در بیمارستان سطح یک متولد می شوند پنج برابر متولدین در بیمارستان سطح سه می باشد که یکی از دلایل مهم آن فوت نوزاد در ۳۰ درصد موارد، در چهار ساعت اول عمر است. از این رو سیستم انتقال بر پیامد نوزادان بیماری که در یک بیمارستان سطح یک متولد می شوند، بدون تاثیر بوده است.

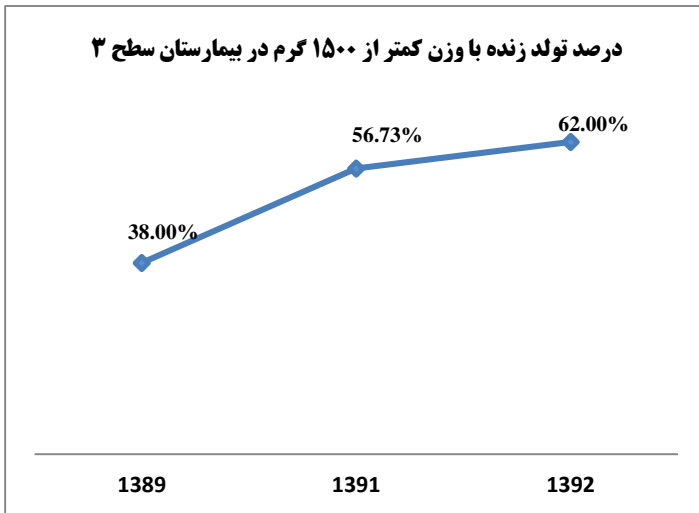
در ایران از سال ۱۳۸۳ برنامه سطح بندی خدمات پری ناتال با کوشش انجمن نوزادان و وزارت بهداشت تدوین شده و در سال ۱۳۸۵ برای اجرا به وزارت بهداشت پیشنهاد شد. این برنامه در سال های ۱۳۸۵ الی ۱۳۸۸ به صورت آزمایشی در دانشگاه های علوم پزشکی تبریز و کرمان مورد اجرا قرار گرفته و در سال ۱۳۸۹ برنامه تدوین شده ناشی از اجرای آزمایشی و اجماع صاحب نظران و مدیران منطقه ایو با نظر موافق شورای محترم سیاستگذاری این برنامه توسط مقام محترم وزارت وقت سرکار خانم دکتر وحید دستجردی به شماره ۱۵۸۵۳۰ مورخ ۱۳۸۹/۴/۲۹ برای اجراء سطح دانشگاه های علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید. تجربیات جهانی نشان می دهد که سطح بندی خدمات مادر و نوزاد چنانچه به درستی طراحی و اجرا گردد، می تواند به کاهش مرگ و ناتوانی گروه های ذینفع گردد.

¹ American Medical Association

² Maternal and Fetal Medicine

³ Neonatal- Perinatal Medicine (neonatology)

شاخص بسیار مهم ارزیابی موفقیت در اجرای برنامه سطح بندی خدمات پری‌ناتال درصد تولد نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم در سطوح ۳ می باشد. این شاخص به دلیل اهمیت در بسیاری از کشورها من جمله آمریکا جزو معیارهای عملکرد ملی^۴ در زمینه سلامت مادر و کودک طبقه بندی می شود. از این رو این شاخص مورد هفتم از ۱۸ معیار عملکرد ملی کشور آمریکا که آغازگر این برنامه در دنیا بوده است قرار دارد. نمودار مقابل نمایش دهنده تغییر تدریجی این شاخص به طرف ایده آل در کشور می باشد. البته قابل ذکر است که این تغییرات در مناطق جغرافیایی متنوع کشور به صورت متناسب بهبود نیافته و نیاز به کار و تلاش زیاد برای بهبود آن داریم.



⁴ National Performance measures

تعاریف و استاندارد های سطوح ارائه خدمات پریناتال

برنامه سطح بندی خدمات پریناتال بر پایه سطوح سه گانه بیمارستانی ۱ الی ۳ تبیین شده است. هر یک از سطوح ۲ و ۳ به رو سطح الف و ب نیز تقسیم می شوند. منطق تقسیمات این برنامه بر اساس میزان خطر بارداری، زایمان، و نوزاد است همچنین دسترسی سریع و راحت مادر یا نوزاد به سطحی از مراقبت که به آن نیاز داشته و دارای بهترین کیفیت نیز باشد

سطوح ارائه خدمت مادر و نوزاد :

- تسهیلات زایمان: مکانهای ارائه خدمتی هستند که فاقد بیمارستان بوده و فقط در مرکز بهداشتی درمانی و مراکز تسهیلات زایمانی تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی می باشد
 - بیمارستان سطح ۱: این سطح ارائه خدمات پایه به مادران و نوزادان کم خطر و کاملاً سالم برنامه ریزی شده است مادران بدون عامل خطر وبا سن حاملگی بیشتر و مساوی ۳۶ هفته داشته و نوزاد وزن تولد ۲۰۰۰ گرم با بیشتر در این سطح می توانند دریافت خدمت کنند.
 - سطح ۲ سطح ۱: ویژه مراقبت های معمول مادران و نوزادان کاملاً سالم برنامه ریزی شده است مادران بدون عامل خطر و سن حاملگی بیشتر و مساوی ۳۶ هفته داشته و نوزاد وزن تولد ۲۰۰۰ گرم با بیشتر دارد.
 - سطح ۲: این سطح به دو سطح ۲ الف و ۲ ب تقسیم می شود:
 - سطح ۲ الف: ویژه مراقبت از مادران با حاملگی با خطر متوسط و نوزادان با سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۳۲ هفته و وزن مساوی یا بیشتر از ۱۵۰۰ گرم بدون نیاز به حمایت تنفسی می باشد.
 - سطح ۲ ب: ویژه مراقبت از مادران با حاملگی با خطر متوسط و نوزادان با سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۳۲ هفته و وزن مساوی یا بیشتر از ۱۵۰۰ گرم با امکان ارائه خدمات کمک تنفسی می باشد.
 - این سطح به دو سطح ۳ الف و ۳ ب تقسیم می شود:
 - سطح ۳ الف: ویژه مراقبت از مادران با سن حاملگی بیشتر از ۲۸ هفته و موارد حاملگی و زایمان پرخطر و نوزادان با وزن بیشتر از ۱۰۰۰ گرم می باشد.
 - سطح ۳ ب: ویژه مراقبت از مادران با سن حاملگی کمتر از ۲۸ هفته و موارد حاملگی و زایمان پرخطر و نوزادان با وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم می باشد.
- با توجه به سطح هر بیمارستان و تعریفی که برای آن در نظر گرفته شده است استاندارد های تجهیزات و نیروی انسانی فضای فیزیکی تعریف شده است که در جداول که در پی خواهد آمد به آن اشاره شده است

اختصارات مورد استفاده در جداول استاندارد

جدول زیر اختصارات استفاده شده در جداول مورد اشاره را نشان می دهد.

E	Essential	اساسی
R	Recommended	توصیه شده
NA	Non-applicable	غیر قابل طرح
O	Optional	اختیاری
HR	Highly Recommended	توصیه اکید می شود

- اساسی (E): به این معنی است که بیمارستان بر حسب سطح بایستی واجد استاندارد تعیین شده باشد در غیر این صورت واجد آن سطح نبوده و بایستی تنزل یابد

- توصیه اکید می شود (HR): به آن سطح بیمارستانی توصیه می شود استاندارد یا مورد خاصی را داشته باشد. این توصیه شده (R): منظور استاندارد یا مورد خاصی است که به بیمارستان بر حسب سطح توصیه شده است این توصیه ها جنبه مدیریتی داشته و بیمارسات الزما بایستی انها رعایت نمایند بیمارستان الزما باید آنها رعایت نماید. عدم رعایت این موارد رعایت این موارد باعث کاهش سطح بیمارستان نخواهد شد ولی ولی کاهش ارزشیابی بیمارستان و در صورت عدم اهراز آنها در درازمدت باعث تنزل سطح بیمارستان کاهش رتبه بیمارستانی شود.
- غیر قابل طرح (NA): استاندارد برای سطح مورد اشاره قابل طرح نیست. به طور مثال داشتن داشتن یک ونتیلاتور پیشرفته برای یک بیمارستان سطح ۱ بی مورد و غیر قابل طرح است.
- توصیه شده (R): مانند مور توصیه اکید می شود ولی با تاکید کمتر
- اختیاری (O): بیمارستان مختار است بر اساس سیاست های داخلی خود بعضی از موارد را داشته یا نداشته باشد. داشتن یا نداشتن این موارد تاثیری بر احراز بر اهراز سطح مورد نظر ندارد.
- توصیه اکید می شود (HR): منظور استاندارد یا مورد خاصی است که به بیمارستان بر حسب سطح توصیه موکد شده است این توصیه ها جنبه مدیریتی داشته و بیمارسات الزما بایستی انها رعایت نمایند عدم رعایت این موارد باعث کاهش سطح بیمارستان نخواهد شد ولی در صورت عدم احراز آنها در زمان مشخص ممکن است باعث تنزل سطح بیمارستان شود.

مرکز پریناتال	ب ۳	الف ۳	ب ۲	الف ۲	۱	تسهیلات زایمانی	استاندارد ۱
Organization							استاندارد ۱
E	E	E	E	E	E		دارا بودن پروانه تاسیس بیمارستان
E	E	E	E	E	E	اختیاری E	آگاهی مدیریت و مسوولین بیمارستان و کارمندان امور مالی، اداری، تجهیزات پزشکی و پزشکان و پرستاران بخشهای زنان و نوزادان از درجه و سطح بیمارستان
E	E	E	E	E	E	NA	دارا بودن گواهی اعطای درجه سطح بیمارستانی از سوی ریاست دانشگاه
E	E	E	E	E	E	E	وجود سیستم تهیه و کنترل مداوم تجهیزات مطابق استانداردهای سطح بیمارستان
E	E	E	NA	NA	NA	NA	برگزاری برنامه های آموزشی پریناتال برای متخصصین مطابق دستورالعمل کمیته ارتقا سلامت مادر و نوزاد
E	E	E	E	E	E	NA	برگزاری برنامه های آموزشی پریناتال برای ماما و پرستار مطابق دستورالعمل کمیته ارتقا سلامت مادر و نوزاد
E	E	E	NA	NA	NA	NA	وجود باند فرود بالگرد در بیمارستان یا نزدیکی آن
E	E	E	E	E	E	NA	وجود تصویربرداری تشخیصی نوزادان و مادران مطابق با استاندارد سطوح در بیمارستان قابل دسترسی بصورت ۲۴ ساعته همراه با تفسیر پزشک ماهر در بیماریها و عوارض مادر و نوزاد
E	E	E	E	E	E	E	دارا بودن بخش زایمان مطابق استانداردهای سطح بیمارستان
E	E	E	E	E	ENA	ENA	دارا بودن بخش نوزادان مطابق استانداردهای سطح بیمارستان
E	E	E	E	E	E	E	دارا بودن توافق نامه محدوده خدمات
E	E	E	E	E	E	NA	دارا بودن برنامه عملیاتی داخل بیمارستانی برای اجرای توافق نامه محدوده خدمات مطابق سطح و درجه بیمارستان
E	E	E	E	E	E	E	وجود سیستم انتقال مادر و نوزاد مطابق استاندارد های موجود
E	E	E	E	E	E	E	دارا بودن سیستم ثبت اطلاعات مربوط به بیماران (مراجعه به فصل ۷)
E	E	E	E	E	E	NA	مکاتبات مربوط به مشارکت در برنامه های سطح بندی خدمات برای مدیریت کیفیت و پایش و ارزشیابی

توانمندی های واحد مامایی و زایمان

تسهیلات زایمانی						۱	۲الف	۲ب	۳الف	۳ب	مرکز پریناتال
Obstetrical Unit Capabilities						استاندارد 2					
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	وجود جدول استانداردها، پدستور العملها روتوکلهها، با گایدلاینهای مکتوب مطابق سطح بیمارستان
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	آمادگی برخورد با مشکلات نابهنگام در مراقبتهای زایمانی
E	E	E	E	E	E	NA	E	E	E	E	مونیتورینگ جنین شامل مونیتورینگ غیرتهاجمی
E	E	E	E	E	E	NA	E	E	E	E	انجام عمل سزارین در عرض نیم ساعت در صورت نیاز (از زمان تشخیص تا انجام عمل)
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	ارزیابی خطر بارداری و مدیریت آن مطابق با سطح بیمارستان
E	E	E	R	R	NA	NA	E	E	E	E	تشخیص و درمان تمام مادران باردار در معرض خطر
E	E	E	O	O	NA	NA	E	E	E	E	وجود سرویسهای مراقبت ویژه برای مادران باردار (ICUمادران)
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	وجود برنامه مدون برای انتقال مادر به سطح مناسب (فصل نهم) با عنوان مدیریت انتقال مادر
E	E	E	E	E	E	NA	E	E	E	E	وجود پروتوکل مکتوب برای پذیرش بیماران ارجاع شده از سطوح دیگر
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	تجهیزات کامل اتاق زایمان

مرکز پریناتال	ب ۳	الف ۳	ب ۲	الف ۲	۱	تسهیلات زایمانی	
staff skill							استاندارد 3
E	E	E	E	E	E	E	آشنایی با پروتکل های مراقبت های ادغام یافته خارج بیمارستانی
E	E	E	E	E	E	NA	آشنایی با اصول بیمارستان دوستدار مادر و مهارت استفاده از راهنما
E	E	E	E	E	E	E	آشنایی با اصول زایمان فیزیولوژیک و تفسیر پارتوگراف
E	E	E	E	E	E	NA	آشنایی با روش های کاهش درد دارویی زایمان
E	E	E	E	E	E	E	آشنایی با دستورالعمل تغذیه با شیرمادر و ایمن سازی نوزاد
E	E	E	E	E	E	NA	تفسیر کاردیاتوگراف
E	E	E	E	E	E	E	مدیریت فوریت های مامایی
E	E	E	E	E	E	E	Stable نمودن بیماران قبل از اعزام
E	E	E	E	E	E	E	مدیریت HIV-AIDS در بارداری و ارجاع موارد مشخص به سطح بالاتر
E	E	E	E	E	E	E	توانمندی ترمیم پارگیهای زایمانی، پارگی های سرویکس و پارگی رحم توسط متخصص زنان و زایمان
E	E	E	E	E	E	پارگی درجه ۱ و ۲	
E	E	E	E	E	E	NA	مدیریت زایمان های مشکل و پیچیده
E	E	E	E	E	O	NA	انجام سونوگرافی،
E	E	E	E	E	NA	NA	توان مدیریت مشکلات جراحی مادر در حاملگی
E	E	E	NA	NA	NA	NA	آشنایی کامل به اصول پریناتولوژی (پریناتولوژیست یا آموزش سه ماهه اصول پریناتولوژی)
E	E	E	NA	NA	NA	NA	توانمندی در استفاده از روشهای تشخیصی و درمانی در موارد risk high

مرکز پرناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	
Neonatal Unit Capabilities						استاندارد 3
E	E	E	E	E	E	احیا و تثبیت نوزادان در موارد مشکلات نابهنگام بر اساس آخرین گایدلاینهای NRP
E	E	E	E	E	E	انتخاب و مدیریت نوزادان بیمار بر اساس سطح خدمات
E	NA	NA	NA	NA	NA	مدیریت و درمان همه نوزادان بیمار شامل نیازمندان به تهویه مصنوعی و احیا، سرویسهای فوق تخصصی، سرویس جراحی های فوق تخصصی کودکان مانند جراحی های کاردیوتوراسیک قلب باز کودکان و نوروسرجری کودکان
E	E	O	O	O	O	وجود خدمات تشخیصی یا مشاوره ژنتیک یا وجود موافقتنامه ارجاع و مشاوره برای این خدمات در محل
E	E	E	O	O	O	وجود برنامه پیگیری تکامل عصبی کودکان یا توافقنامه مکتوب ارجاع برای پیگیری تکامل عصبی کودکان وجود برنامه پیگیری سایر مشکلات نوزادان نارس (ROP)

مرکز پرناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف	۱	تسهیلات زایمانی	پرسنل ماماایی
Obstetric Personnel							استاندارد 4
<28 0/7 Wks or <1000 gr.	<28 0/7 Wks or <1000 gr.	≥28 0/7 Wks or ≥1000 gr.	≥32 0/7 Wks or ≥1500 gr.	≥32 0/7 Wks or ≥1500 gr.	≥35 0/7 Wks	>_37 0/7 Wks	سن بارداری
E	E	E	E	E	E	NA	متخصص زنان و زایمان
E	E	E	O	O	NA	NA	متخصص زنان و زایمان دارای فوق تخصص در طب مادر و جنین
E	E	E	O	O	O	NA	متخصص زنان و زایمان دارای فوق تخصص در طب مادر و جنین جهت موارد اورژانس حاضر یا قابل دسترسی در ۳۰ دقیقه
NA	NA	NA	E	E	E	NA	در بیمارستان فاقد متخصص زنان و زایمان دارای فوق تخصص در طب مادر و نوزاد، وجود قرارداد با فردی با این ویژگی ها جهت مشاوره به ایشان بصورت ۲۴ ساعته
E	E	E	E	E	E	E	وجود ماما در بخش لیبر، زایمان و پس از زایمان
E	E	E	E	E	‡ E/O	NA	متخصص زنان و زایمان مقیم در بیمارستان
E	E	E	E	E	E	E	وجود پزشک متخصص زنان جهت موارد اورژانسی بلافاصله بر بالین مادر در موارد شروع زایمان حاضر شود.
E	E	E	E	E	E	‡ E/O	پزشک متخصص بیهوشی در دسترس برای شروع زایمان به روش سزارین براساس پروتوکل بیمارستان
E	E	E	O	O	O	NA	وجود پزشک با توانایی انجام سرویس های حیاتی مداخله ای رادیولوژی (امنیوستز و...) برای بیماران زایمانی

‡ صبح E عصر و شب در زمان اورژانس حضور بر بالین مادر در ۳۰ دقیقه

مرکز پریناتال	ب ۳	۳ الف	ب ۲	2الف	1	پرسنل اطفال
Pediatric Personnel						استاندارد 5
E	E	E	NA	NA	NA	پزشک مسوول بخش (فوق تخصص نوزادان)
NA	NA	NA	E	E	E	پزشک مسوول بخش (متخصص کودکان یا FAMILY PRACTITIONER) دارای بورد تخصصی
NA	NA	NA	NA	NA	E	پزشک متخصص اطفال دوره دیده و دارای بورد تخصصی و اگر در استخدام بیمارستان نیست با قراردادی مکتوب بصورت ۲۴ ساعته قابل مشاوره باشد.
NA	NA	NA	NA	E	O	پزشک متخصص اطفال دوره دیده و دارای بورد تخصصی در اطفال
E	E	E	E	O	NA	پزشک متخصص دارای بورد تخصصی در طب نوزادان بعنوان مسوول تمام وقت بیماران و عضو گروه درمانی و مسوول بخش مراقبت ویژه نوزادان
NA	NA	NA	NA	E	E	در بیمارستان های فاقد پزشک متخصص اطفال دارای بورد تخصصی، متخصص اطفال با قراردادی مکتوب بصورت ۲۴ ساعته قابل مشاوره باشد.
E	E	E	E	E	E	کارکنان آموزش دیده NRP با تجربه کافی که به سرعت در بخش زایمان و نوزادان حاضر میشوند
NA	NA	NA	E	E	NA	متخصص اطفال دوره دیده یا دستیار تخصصی اطفال که حداقل نیمی از دوره طب اطفال خود را گذرانده باشد برای مراقبت مطلوب براساس سطح بیمارستان که بلافاصله در صورت نیاز نوزاد (مانند $FIO_2 < 0.4$ ، تهویه مکانیکی، احیا قلبی ریوی) به سرویس های سطح ۲ حاضر شود.
NA	NA	E	O	O	NA	متخصص اطفال دوره دیده یا دستیار تخصصی اطفال مناسب برای مراقبت مطلوب براساس سطح بیمارستان که در عرض ۲۴ ساعت قابل دسترسی باشد.
E	E	O	O	O	NA	متخصص اطفال دوره دیده یا دستیار تخصصی اطفال مناسب برای مراقبت مطلوب براساس سطح بیمارستان که مقیم باشد و مختص محدوده زایمان باشد و یا بخش های دیگر مرتبط نباشد.
E	E	E	O	NA	NA	متخصص اطفال دارای بورد تخصصی در نوزادان که در مدت ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر شود.
NA	NA	NA	E	E	O	توافقنامه مشاوره و ارجاع نوزادان نیازمند به ویزیت قلب کودکان، جراحی کودکان، چشم پزشکی متبحر در معاینه شبکه نوزادان
NA	E	E	O	O	NA	وجود چشم پزشکی متبحر در معاینه شبکه نوزادان و وجود ارتباط مکتوب مشاوره ای با متخصصین قلب کودکان و جراحان اطفال
E	E	O	O	NA	NA	بیمارستان باید دارای تخصص های اطفال در این رشته ها باشد و در صورت لزوم در مدت ۳۰ دقیقه حاضر باشند: قلب، مغزو اعصاب، ژنتیک
E	O	O	O	NA	NA	بیمارستان باید دارای فوق تخصص های اطفال در این رشته ها باشد و در صورت لزوم در مدت ۳۰ دقیقه حاضر باشند: جراح اطفال، هماتولوژی، غدد، ریه، گوارش، کلیه
E	O	O	O	NA	NA	بیمارستان باید دارای فوق تخصص های جراحی اطفال در این رشته ها باشد و در صورت لزوم در مدت ۳۰ دقیقه حاضر باشند: جراح مغزو اعصاب، جراح کاردیوتوراسیک، جراح ارتوپدی، جراح پلاستیک، جراح چشم
E	E	E	NA	NA	NA	در صورتیکه در بیمارستان عمل جراحی نوزادان انجام میشود حضور متخصص بیهوشی دارای بورد تخصصی با تجربه بیهوشی نوزادان حین عمل الزامی است.

پرستل اطفال (ادامه)						
مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	استاندارد 5
Pediatric Personnel						وجود پزشک متخصص رادیولوژی و سونوگرافی با توانایی انجام سرویس های حیاتی مداخله ای رادیولوژی برای نوزادان بیمار
E	O	NA	NA	NA	NA	Family practitioner دارای مورد تخصصی
NA	NA	NA	NA	NA	E	متخصص کودکان دارای مورد تخصصی
R	R	R	E	E	E	فوق تخصص نوزادان
E	E	E	O	O	NA	سایر تخصص هایی که در زمینه اطفال مهارت کافی دارند :
E	HR	HR	R	R	NA	جراح
E	HR	NA	NA	NA	NA	جراح قلب و توراکس
HR	HR	NA	NA	NA	NA	جراح مغز و اعصاب
HR	HR	NA	NA	NA	NA	متخصص مغز و اعصاب
E	E	E	R	R	NA	چشم پزشک
E	E	HR	R	R	NA	متخصص بیهوشی
HR	HR	NA	NA	NA	NA	ارتوپد
HR	HR	NA	NA	NA	NA	جراح پلاستیک
HR	HR	NA	NA	NA	NA	ارولوژیست
HR	HR	NA	NA	NA	NA	اتولارنگولوژیست اطفال
E	E	HR	R	R	NA	متخصص قلب کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	نفرولوژیست اطفال
HR	HR	NA	NA	NA	NA	اندوکرینولوژیست اطفال
HR	HR	NA	NA	NA	NA	پولمونولوژیست اطفال
HR	HR	NA	NA	NA	NA	گاستروانترولوژیست اطفال
HR	HR	NA	NA	NA	NA	هماتولوژیست اطفال
HR	HR	NA	NA	NA	NA	متخصص عفونی اطفال
E	E	E	E	E	E	رادیولوژیست
E	E	E	E	E	E	پاتولوژیست
E	HR	R	NA	NA	NA	متخصص ژنتیک.مشاوره ژنتیک

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	پرسنل اطفال (ادامه)
Pediatric Personnel						استاندارد 5
NA	NA	NA	E	NA	NA	وجود در مانگر تنفسی متبخر در مدیریت تهویه مصنوعی نوزاد که هنگام تهویه نوزاد در دسترس باشد.
NA	E	E	O	NA	NA	وجود در مانگر تنفسی متبخر در مدیریت تهویه مصنوعی نوزاد حاضر بصورت ۲۴ ساعته
E	O	O	NA	NA	NA	وجود در مانگر تنفسی متبخر در مدیریت تهویه مصنوعی نوزاد که بصورت ۲۴ ساعته مختص NICU حاضر است و به بخش دیگری خدمت ارایه نمی دهد.

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	پرسنل پرستاری
Nursing Staff						استاندارد 6
E	E	E	E	E	E	در بین مسوولین برنامه پریناتال بیمارستان فردی با مدرک کارشناسی حداقل کارشناس پرستاری و تجربه پرستاری از نوزادان مشخص باشد که وی وظیفه برنامه ریزی خدمات پرستاری نوزادان را بر عهده دارد
E	E	E	E	E	E	در خدمات پریناتال بیمارستان یک پرستار نوزادان آموزش دیده و ماهر در ارزیابی و ارزشیابی و مراقبت از نوزادان بصورت ۲۴ ساعته در دسترس در بخش نوزادان در صورت لزوم باشد.
E	E	E	NA	NA	NA	در برنامه خدمات پریناتال بیمارستانی که در آن اعمال جراحی نوزادان انجام میشود باید پرستارانی داشته باشد که مهارت خاصی در مدیریت قبل و بعد از عمل جراحی آنها داشته باشند.
E	E	E	E	E	E	در بیمارستان برنامه مکتوب برای حفظ نسبت ماما و پرستار به بیمار براساس آخرین راهنما های بالینی خدمات پریناتال وجود داشته باشد.
HR	HR	HR	HR	HR	HR	پرستار مسوول بخش (توانمند در امر مراقبت نوزادان باشد)
1:1 or greater	۲:۱:	۳-۲:۱:	۴-۳:۱:	1:3-4	برای مراقبتهای روتین نوزادان ۸- ۱:۶ و برای مراقبت زوج مادر و نوزاد ۴-۳:۱	N/Patient Ratio for Newborns
E	E	E	NA	NA	NA	مربی یا هماهنگ کننده برنامه های آموزشی منطقه ای پریناتال (متمركز بر مامایی)
E	E	E	NA	NA	NA	مربی یا هماهنگ کننده برنامه های آموزشی منطقه ای پریناتال (متمركز بر نوزادان)

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف	1	پرسنل دیگر
other Personnel						استاندارد 7
E	E	E	E	E	O	وجود کارشناس تغذیه یا سایر کارکنان ارایه دهنده مراقبت دارای علم و تجربه کافی در مدیریت تغذیه روده ای یا وریدی نوزادان و مادران در معرض خطر
E	E	E	E	E	E	وجود مشاور شیردهی ناظر بر کارکنان تمام وقت با مسوولیت برنامه ریزی در ارایه خدمات حمایتی شیردهی مشتمل بر آموزش و تربیت افراد بیشتری از کارکنان برای تضمین دسترسی به خدمات حمایتی شیردهی در تمام هفت روز هفته
E	E	E	E	E	E	وجود مددکار اجتماعی با تجربه در ارزیابی روانی و اجتماعی و مداخله در مورد زنان و خانواده
E	E	O	O	O	O	وجود مددکار اجتماعی با تجربه در ارزیابی سایکوسوشیال و مداخله در مورد زنان و خانواده های آنها مختص NICU
E	E	E	NA	NA	NA	حضور فارماکولوژیست بالینی در بخش

مرکز پرناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	خدمات نوزادان
Services						استاندارد 8
E	E	E	E	E	E	برنامه آموزش والدین
E	E	E	E	E	E	برنامه مراقبتی برای نوزادان بدون عارضه
E	E	E	E	E	E	مراقبت از نوزادان در فاز انتقالی
E	E	E	E	E	E	انجام احیا نوزادان براساس گایدلاینهای NRP
E	E	E	E	E	E	در دسترس بودن خون بصورت ۲۴ ساعته (شامل گروه O منفی)
E	E	E	E	E	E	تکنسین رادیولوژی
E	E	E	E	E	E	تکنسین آزمایشگاه بالینی
E	E	E	E	E	E	هماهنگی جهت انتقال
HR	HR	R	NA	NA	NA	برنامه آموزش پرناتال متمرکز بر نوزادان
						سایر سرویسهای پزشکی نوزادان:
E	E	HR	R	R	NA	جراحی اطفال
E	HR	NA	NA	NA	NA	جراحی کاردیوتوراسیک
HR	HR	NA	NA	NA	NA	مغزواعصاب کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	جراح مغزواعصاب
E	E	HR	NA	NA	NA	بیهوشی
HR	HR	NA	NA	NA	NA	جراحی پلاستیک
E	E	R	R	R	NA	چشم پزشکی
HR	HR	NA	NA	NA	NA	ارتوپدی
HR	HR	NA	NA	NA	NA	ارولوژی کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	اتولارنگولوژی کودکان
E	E	HR	R	R	NA	کاردیولوژی کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	نفرولوژی کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	اندوکریینولوژی کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	پولمونولوژی کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	گاستروانترولوژی کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	هماتولوژی کودکان
HR	HR	NA	NA	NA	NA	عفونی کودکان

مرکز پرینتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	خدمات نوزادان (ادامه)
Services						استاندارد 8
E	E	E	E	E	E	پاتولوژی جهت مشاوره ^ه
E	E	E	E	E	E	رادیولوژی جهت مشاوره ^ه
						سایر سرویسهای نوزادان:
E	E	O	O	O	NA	درمانگر تنفسی ^ه
E	E	E	E	E	E	مکانیسم هایی برای خدمات پرستاری در منزل
NA	NA	NA	∏ O	NA	NA	تهویه مرسوم بصورت کوتاه مدت
E	E	E	† O	NA	NA	فشار مثبت مداوم راههای هوایی
E	E	E	E	NA	NA	برای دو مورد بالا پزشکی توانمند برای تشخیص و درمان تمام عوارض تهویه مکانیکی در بخش مقیم باشد
E	E	E	تثبیت بصورت اورژانس ^ه	تثبیت بصورت اورژانس ^ه	تثبیت بصورت اورژانس ^ه	تهویه مکانیکی مرسوم
E	HR	† O	NA	NA	NA	تهویه با فرکانس بالا
E	† O	† O	NA	NA	NA	نیتریک اکساید استنشاقی
E	E	E	NA	NA	NA	برای سه مورد بالا پزشکی توانمند برای تشخیص و درمان تمام عوارض تهویه مکانیکی در بخش مقیم باشد
E	E	E	NA	NA	NA	کنترل عفونت
HR	HR	HR	NA	NA	NA	برنامه پیگیری ارزیابی تکامل و مداخله زودرس
E	E	E	NA	NA	NA	حمایت دارویی (با مهارت داخل بخشی)

∏ پروتوکل های اجرای کوتاه مدت (کمتر از ۲۴ ساعت) و معیارهای مشاوره و انتقال برای موارد بعد از ۲۴ ساعت

† پروتوکل هایی برای کاربرد آن در صورت لزوم

خدمات مادران						
مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف	1	استاندارد 9
Services						
E	E	E	E	E	E	مراقبت پریناتال جهت بیماران بدون عارضه مامایی
E	E	E	E	E	E	در دسترس بودن و بکارگیری ارزیابی خطر جهت بیماران مامایی
E	E	E	E	E	E	برنامه های آموزشی برای خانواده (مادر، همسر و وابستگان) در مورد علائم خطر بارداری و پس از زایمان
E	E	E	E	E	E	توانایی انتقال اورژانسی بیماران
E	E	E	E	E	E	توانایی انجام C/S اورژانسی (انجام آن در عرض ۳۰ دقیقه از زمان تصمیم)
E	E	E	E	E	E	توانایی تامین خون بصورت ۲۴ ساعته (شامل O منفی و تایپ و کراس میچ)
E	E	E	E	E	E	توانایی مدیریت اورژانسهای مامایی مطابق استاندارد سطوح توسط کارکنان ماهر
E	E	E	E	E	E	خدمات داروخانه ای
E	E	E	E	E	E/O †	وجود سرویس بیهوشی (مقیم)
E	E	E	E	E	E/O †	وجود تکنسین رادیولوژی (مقیم)
E	E	E	E	E	E/O †	وجود سرویس آزمایشگاهی بالینی (مقیم)
E	E	E	E	E	E	توانایی مونیترینگ مداوم الکترونیک جنین
E	E	E	E	E	E	برنامه آموزش پریناتال مطابق استاندارد سطح بندی
						سایر خدمات پزشکی:
E	E	E	E	E	E (on call)	جراحی عمومی
R	R	R	R	R	NA	جراحی قفسه سینه
R	R	R	R	R	NA	جراحی مغز و اعصاب
R	R	R	R	R	NA	ارتوپد
R	R	R	R	R	NA	اورولوژی
R	R	R	R	R	NA	اتولارنگولوژی
E	E	E	R	R	NA	کاردیولوژی
R	R	R	R	R	NA	ژنتیک
E	E	E	E	E	E	طب داخلی
R	R	R	R	R	NA	متخصص مغز و اعصاب
E	E	E	E	E	E	پاتولوژی
E	E	E	R	R	NA	نفروloژی
E	E	E	R	R	NA	اندوکرینولوژی

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲الف	1	
Services						استاندارد 9
E	E	E	R	R	NA	پولمونولوژی
R	R	R	R	R	NA	گاستروانترولوژی
E	E	E	R	R	NA	هماتولوژی
E	E	E	E	E	E	کمیته کنترل عفونت
						کمیته کاهش مرگ و میر نوزادان
E	E	E	E	E	جهت مشاوره E	رادیولوژی
R	R	R	o	o	NA	رزیدنت زنان و مامایی
E	E	E	E	E	E	مامایی
E	E	HR	HR	HR	R	متخصص بیهوشی دارای مهارت در بیهوشی مامایی
						سایر سرویس های در دسترس برای بیماران مامایی :
E	E	E	E	E	E	تیم احیاء
						تکنیک های تشخیصی و ارزیابی:
E	E	E	E	E	E	تستهای جنینی پیش از تولد مانند NST,OCT,BPP
E	E	E	E	E	NA	ارزیابی پیش از تولد جنین مانند آمنیوسنتز (برای مجوریتی، دلتا OD)
E	E	E	E	E	E	عکس برداری
E	E	E	E	E	E	سونوگرافی
E	E	E	O	O	NA	MRI, CT-Scan, ECG
E	E	E	E	E	E	خدمات ترجمه ای متبخرانه
E	E	E	E	E	HR	سرویس های اقامتی (طرح اسکان)

‡ صبح E عصر و شب در زمان اورژانس حضور بر بالین مادر در ۳۰ دقیقه

مرکز پریناتال	ب ۳	۳ الف	ب ۲	2الف	1	خط مشی و پروتوکل‌های ویژه نوزادان
Policies and Protocols						استاندارد 10
E	E	E	E	E	E	معیارهای ارزیابی خطر
E	E	E	E	E	E	معیارهای مشاوره/انتقال/ارجاع
E	E	E	E	E	E	مراقبت دقیق خانواده محور
E	E	E	E	E	E	ارزیابی اولیه نوزادان توسط پزشک
E	E	E	E	E	E	تثبیت نوزاد برای مرحله انتقالی
E	E	E	E	E	E	برنامه ای برای ترخیص
E	E	E	E	E	E	معیارهای پروانه طبابت پزشکان درمانی و مورد مشاوره ثبت اطلاعات نوزادان بررسی علت مرگ نوزادان

مرکز پریناتال	ب ۳	۳ الف	ب ۲	2الف	1	خط مشی و پروتوکل‌های ویژه مادران
Policies and Protocols						استاندارد 11
E	E	E	E	E	E	معیارهای ارزیابی خطر
E	E	E	E	E	E	معیارهای مشاوره/انتقال/ارجاع
E	E	E	E	E	E	مراقبت دقیق خانواده محور
E	E	E	E	E	E	برنامه ترخیص زود هنگام مادر
E	E	E	E	E	E	معیارهای پروانه طبابت پزشکان درمانی و مورد مشاوره
E	E	E	E	E	E	برنامه بهبود کیفیت (اطمینان از کیفیت)/پیگیری سرانجام مراقبت
E	E	E	E	E	E	per ACOG Approach and management of VBAC

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	آزمایشگاه
Laboratory						استاندارد 12
E	E	E	E	E	E	سرپرست برنامه ریزی خدمات پریناتال با همکاری آزمایشگاه بیمارستان پروسه ای را تدوین می کند که بر اساس آن نمونه های گرفته شده از مادر و نوزاد بیمار یکپارچه و با دقت و ملاحظه مورد آزمایش و گزارش دهی قرار گیرد.
E	E	E	E	E	E	آزمایشگاه بیمارستان باید بتواند توانایی خود را در دریافت ، اجرا و گزارش درخواست آزمایشات نوزادان و مامایی مطابق استاندارد سطوح بصورت اورژانس را نشان دهد .
E	E	E	E	E	E	آزمایشگاه بیمارستان باید با داشتن سازو کار مناسب بتواند به سرعت نتایج بحرانی آزمایشات را به سرویس های مامایی و نوزادان اطلاع دهد.
E	E	E	E	E	E	نتایج آزمایشات استاندارد پیش از تولد جهت مادر در دسترس ارایه دهندگان مراقبت به مادر و نوزاد قبل از ترخیص باشد. اگر نتایج در دسترس نیست یا آزمایشات انجام نشده است باید حین بستری مادر آنها انجام شود و قبل از ترخیص نوزاد نتایج آماده شود.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید توانایی انجام تست سریع HIV بصورت ۲۴ ساعته داشته باشد (انجام در بیمارستان یا ارسال به مرکز دیگر و دریافت پاسخ)
E	E	E	E	E	NA	بیمارستان باید توانایی انجام این تست ها را بصورت ۲۴ ساعته در تمام روز داشته باشد: الف) PH خون اسکالپ جنینی (اگر این تست در آن بیمارستان کاربرد دارد.) ب) تستهای رسیدگی ریه جنین
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید تجهیزات و کارکنان آموزش دیده لازم برای انجام غربالگری شنوایی و تشخیص و درمان قبل از ترخیص در محل تولد نوزاد یا انتقال به مرکز مجهز برای این منظور را داشته باشد.
E	E	E	E	E	E	حضور تکنسین های بانک خون بطور ۲۴ ساعته در بیمارستان
E	E	E	O	O	O	بیمارستان باید جهت انجام آزمایشات مولکولار ، سیتوژنیک و بیومدیکال ژنتیک امکانات لازم داشته باشد یا توافقنامه ای جهت مشاوره یا ارجاع موارد مشابه این خدمات داشته باشد.
E	E	E	E	E	E	CBC(DIFF)-U/A U/C-BHCG-BG/RH-PLAT-PT-PTT-LFT-BS-CA-MG-BUN/CR-NA/K-B/C-HBSAg-Coombs (indirect, direct)-VDRL- liver function test- platelet
E	E	E	E	E	o	ABG
E	E	E	R	NA	NA	HURMONAL STUDIES-ANTIBODIES-CULTURES-LUNG MATURITY TEST-FML-FDP-D_DIMER-FIBRINOGEN-METABOLIC STUDIES-AMMONIUM/LACTATE-RST
E	E	E	E	E	E	PATHOLOGIC STUDIES

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	تصویربرداری تشخیصی
Diagnostic Imaging						استاندارد 13
E	E	E	E	E	O	تجهیزات قابل حمل سونوگرافی مامایی با خدمات مناسب پرسنلی باید در محدوده زایمان موجود باشد.
E	E	E	E	E	E	دستگاه سونوگرافی مامایی ثابت با خدمات مناسب پرسنلی در محدوده زایمان موجود باشد.
E	E	E	E	E	E	دستگاه قابل حمل عکس برداری با خدمات مناسب پرسنلی در بخش های نوزادان در دسترس باشد.
E	E	E	O	O	NA	دستگاه سونوگرافی قابل حمل برای سر نوزادان با خدمات مناسب پرسنلی در بخش های نوزادان در دسترس باشد.
E	E	E	O	O	O	دستگاه CT با خدمات مناسب پرسنلی باید در همان محدوده در دسترس باشد.
E	E	E	O	O	O	دستگاه MRI با خدمات مناسب پرسنلی باید در همان محدوده در دسترس باشد.
E	E	E	O	O	O	دستگاه اکوکاردیوگرافی نوزادان با تکنسین مجرب با تفسیر توسط فوق تخصص قلب کودکان در صورت لزوم در همان محدوده در دسترس باشد.
E	O	O	O	O	O	بیمارستان باید کاتریزاسیون قلبی کودکان با پرسنل مناسب داشته باشد.
						وجود تجهیزات لازم برای رادیولوژی مداخله ای در:
E	E	E	O	O	O	الف-بیماران مامایی
E	O	NA	NA	NA	NA	ب-نوزادان

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف	1	تجهيزات
Equipment						استاندارد 14
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید تمام تجهیزات زیر را بلافاصله در دسترس بیمار قرار داده و جهت بیمار بالقوه بعدی نیز آماده داشته باشد:
E	E	E	E	E	E O	1. Oxygen analyzer
E	E	E	E	E	E	2. stethoscope
E	E	E	E	E	E	3. intravenous infusion pumps
E	E	E	E	E	E	4. radiant heated bed in delivery room and available in the neonatal units
E	E	E	E	E	E	5. oxygen hood with humidity
E	E	E	E	E	E	6. bag and masks capable of delivering a controlled concentration of oxygen to the infant
E	E	E	E	E	E	7. Oro-tracheal tubes
E	E	E	E	E	E	8. aspiration equipment
E	E	E	E	E	E	9. laryngoscope
E	E	E	E	E	E	10. umbilical vessel catheters and insertion tray
E	E	E	E	E	E	11. cardiac monitor
E	E	E	E	E	E	12. pulse oximeter
E	E	E	E	E	E	13. phototherapy unit
E	E	E	E	E	E O	14. Doppler blood pressure for neonates
E	E	E	E	E	E	15. cardioversion/defibrillation capability for mothers and neonates
E	E	E	E	E	E	16. resuscitation equipment for mothers and neonates
E	E	E	E	E	E	17. individual oxygen, air, and suction outlets for mothers and neonates
E	E	E	E	E	E	18. emergency call system
E	E	E	o	o	o	19. lam.narflow a.v (clean a.r)hood
E	E	E	O	O	O	در بیمارستان باید تختی با ویژگی های بخش مراقبت های ویژه نوزادان برای پذیرش بیمار بدحال همیشه آماده باشد.

						تجهیزات (ادامه)
مرکز پرینتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	
Equipment						استاندارد 14
						بیمارستان باید تستهای تشخیصی و مونیتورینگ جنینی زیر را داشته باشد:
E	E	E	E	E	E	الف) تستهای استرس و بدون استرس
E	E	E	E	E	E	ب) معاینات سونوگرافیک
E	E	E	E	E	NA	ج) آمنیوستز (جهت ماچوریتی و دلنا OD)
E	E	E	O	O	NA	بیمارستان باید توانایی مونیتورینگ فشار داخل شریانی نوزاد را داشته باشد.
E	E	O	NA	NA	NA	بیمارستان باید توانایی لیزر کوآگولاسیون برای رتینوپاتی نرسی داشته باشد
E	E	E	O	O	O	بیمارستان باید تمام تجهیزات لازم برای مونیتورینگ تهاجمی مادر شامل اندازه گیری فشار ورید مرکزی و فشار شریانی را در محدوده زایمان داشته باشد
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید تجهیزات مناسب (شامل تجهیزات پشتیبان) و پروتوکلهای لازم برای استفاده و نگهداری وسایل بر اساس سطح بیمارستان جهت مراقبت تنفسی نوزاد داشته باشد.
E	O	NA	NA	NA	NA	بیمارستان باید توانایی تامین تهویه پیشرفته برای نوزادان در تمام وزن ها را داشته باشد.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید تجهیزات کامل اتاق زایمان را داشته باشد
E	E	E	E	E	E	مجهاز به سونیک اید
E	E	E	E	E	E	مجهاز به ترالی اورژانس
E	E	E	E	E	E	تجهیزات کامل اتاق معاینه (تخت معاینه، سونیک اید، فشار سنج جیوه ای، الکتروکاردیوگراف، مانیتورینگ قلب جنین، چراغ معاینه، ترمومتر، ترازو، گلوکومتر، وسایل مصرفی)
E	E	E	E	E	o	امکان سنجش گاز های خونی
E	E	E	O	O	NA	فضا، تجهیزات و پرسنل مجزا و مشخص برای بخش مراقبت های ویژه
E	E	E	NA	NA	NA	تجهیزات دستگاه سه بعدی و چهار بعدی سونوگرافی داپلر
E	E	E	E	E	E	بانک خون یا امکان دسترسی سریع به خون
E	E	E	E	E	E	واکیوم و در صورت لزوم فورسپس

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	داروها
Medications						استاندارد 15
E	E	E	E	E	E	داروهای اورژانسی مطابق فهرست NRP باید در محدوده زایمان و بخشهای نوزادان موجود باشد.
						داروهای زیر باید بلافاصله در بخشهای نوزادان در دسترس باشند:
E	E	E	E	E	E	الف) آنتی بیوتیک ها، ضد تشنج ها، داروهای اورژانسی قلبی عروقی
E	E	E	O	NA	NA	ب) سورفاکتانت، پروستاگلاندین E ₁ و داروهای TPN مانند آمینوفیوزن و ایترالیپید
E	E	E	E	E	E	تمام داروهای اورژانسی برای آغاز و ادامه احیا بر اساس گایدلاین های ACLS در محدوده زایمان موجود باشد.
E	E	E	E	E	E	داروهای زیر باید در محدوده زایمان موجود بوده یا بلافاصله در دسترس باشد: اکسی توسین-متیل ارگونوونین-۱۵متیل پروستاگلاندین
						۲F-میزوپروستول-کاربوپروست ترومتیامین، سولفات منیزیم، گلوکونات کلسیم، دیازپام
E	E	E	O	O	NA	بانک شیر مادر

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	برنامه های آموزشی
Education Programs						استاندارد 16
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید حداقل توانایی های لازم مشخص کارکنان بالینی پزشکی را صرفنظر از گواهی نامه های ارائه شده از سوی آنها قبل از قبول مسوولیت بیمار و بصورت دوره ای ارزیابی کند.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید برای پزشکان پرستاران و تمام پرسنل درگیر در امر سلامت و درمان و مراقبت بیماران مامایی و نوزادان برنامه آموزش مداوم اجرا کند.
E	E	E	E	E	E	بیمارستانی که انتقال اولیه مادر یا نوزاد را می پذیرد باید برای بیمارستان ارجاع دهنده موارد ذیل را مهیا کند: الف) راهنماهای اندیکاسیونهای مشاوره و ارجاع بیماران پرخطر ب) اطلاعات مربوط به توانایی های بالینی و اخبار بیمارستان مورد ارجاع ج) اطلاعات در مورد سایر منابع تخصصی مورد نیاز که در بیمارستان مورد ارجاع ارائه نمی شود د) راهنماهای تثبیت قبل از انتقال بیمار ه) فیدبک در مورد مراقبت های قبل از انتقال بیماران

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف	1	
Performance Improvement						استاندارد 17
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید برنامه همه جانبه مداومی برای بهبود کیفیت سلامت و پیامد مادر و نوزاد داشته باشد که شامل مواردی مانند افزایش ایمنی مادر و تجارب دارویی ایمن و پروتوکل های یکسان برای جلوگیری از اشتباهات مراقبتی و برنامه های آموزشی برای بهبود ارتباطات و کارگروهی باشد.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید تجارب مربوط به بیماران داخلی پریناتال را مرور کند که شامل موارد مرگ نوزادی و مادر و جنینی حین زایمان همچنین انتقال مادر و نوزاد می باشد.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید در مباحث گروهی همه جانبه عملکرد برنامه پریناتال را در هر فصل بررسی و مرور کند. در این بررسی ترندها، مرگ ها، انتقالات، نوزادان با وزن خیلی کم، مشکلات و راه حل آنها و موارد مربوط به مدیریت کیفیت و کل مجموعه بررسی می شود.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان در جلسات مربوط به مرور عملکرد که از سوی حوزه های بالاتر برگزار می شود (مانند کمیته احیا نوزاد و نظام مراقبت مرگ پریناتال) شرکت کند.

مرکز پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	2الف	1	پروتوکوها و خط مشی ها
Policies and Protocols						استاندارد 18
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید پروتوکول و سیاستهای مکتوب برای تثبیت اولیه و مراقبت مستمر بیماران مامایی و نوزادان متناسب با سطح خود داشته باشد.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید پروتوکلهای مکتوب احیا مادر و نوزاد داشته باشد.
E	E	E	E	E	E	کارکنان تیم پزشکی بیمارستان باید مستندات لازم برای اثبات توانایی خود در انجام پروسیجرهای تهاجمی نوزادان متناسب با سطح بیمارستان ارائه دهند.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید گایدلاین های مکتوب برای پذیرش و انتقال مادران یا نوزادان (مانند تثبیت وضعیت مادر قبل از انتقال و گرفتن پذیرش از سطح ارجاع بالاتر) را داشته باشد.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید سرویس انتقال دارای مجوز جهت انتقال مادر و نوزاد یا توافقنامه مکتوب با مرکز دارای این سرویس داشته باشد.
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید سیاست گذاری در جهت امکان حضور خانواده (حتی خواهر و برادر بیمار) دوره هم در بیمارستان بعد از تولد نوزاد همچنین تشویق والدین در مراقبت از نوزاد حتی در NICU داشته باشد .
E	E	E	E	E	E	متخصص زنان باید مادران ارجاع شده از سطوح پایین تر را در بدو ورود ویزیت کند (اعم از مراکز آموزشی و غیر آموزشی)
E	E	E	E	E	E	بیمارستان باید بخش جداگانه ای برای مراقبت پس از زایمان داشته باشد. پرسنل بیمارستان گواهی های مهارتی را داشته باشند

3	2	1	استاندارد 19
indications			
کلیه اندیکاسیونهای سطح ۲	کلیه اندیکاسیونهای سطح ۱	مادر سالم با بارداری بدون عارضه	مراقبت های PNC بارداری
فشارخون مزمن کنترل نشده و یا End organ damage	فشار خون مزمن بدون End Organ Damage با کنترل مناسب دارویی	سابقه سزارین با چک محل جفت (در صورت اکرتا یا اینکرتا ارجاع به سطح ۳)	
مننژیت با کاهش هوشیاری	پره اکلامپسی یا سابقه آن بالای ۳۴ هفته (در موارد زیر ۳۴ هفته پس از مشاوره با سطح ۳)	سابقه poor outcome pregnancy (پس از مشاوره با سطح ۳)	
آمبولی ریه پس از تثبیت وضعیت مادر	سابقه پره اکلامپسی شدید (مشاوره با سطح ۳)	مادر تهدید به سقط	
پره ترم کمتر از ۳۲ هفته یا IUGR شدید	سابقه سقط مکرر و زایمان زودرس (مشاوره با سطح ۳)	سابقه سقط راجعه (مشاوره با سطح ۳)	
سابقه دیابت طولانی مدت	انواع دیابت (به شرط عدم وجود End Organ Damage) در صورت امکان ارجاع به سطح ۳	نمایش غیرطبیعی	
بیماری نارسایی عضوی همراه با بارداری	آنمی شدید مادر (مشاوره با سطح ۳) $Hb > 7$	مادر با آنمی خفیف، متوسط	
بیماری قلبی شدید	بیماریهای قلبی low risk و moderate risk (در صورت وجود کاردیولوژیست)	قد زیر ۱۵۰ سانتیمتر	
نارسایی کلیه	بیماریهای زمینه ای مادر (کلیوی، خونی، ...) (مشاوره با سطح ۳)	مادر زیر ۱۸ سال	
دو قلبی با مشکل، چند قلبی	دو قلبی بدون عارضه	سابقه زایمان سخت یا سریع	
بیماری های اتوایمیون (میاستینی گراو، ...)	جفت سر راهی	سابقه آتونی	
سابقه کبد چرب بارداری	پلی هیدرامنیوس و الیگو هیدرامنیوس (مشاوره با سطح ۳)	رحم میوماتو	
سابقه دو بار یا بیشتر دکلمان (کنترل از هفته ۲۸ بارداری)	سابقه دو بار یا بیشتر دکلمان (کنترل تا ۲۸ هفته بارداری)	سابقه یک بار دکلمان	
بیماری هیپرتیروئیدی و هیپوتیروئیدی کنترل نشده	هیپرتیروئیدی کنترل شده	هیپوتیروئیدی کنترل شده	
نمایه توده بدنی < 40	$40 <$ نمایه توده بدنی < 35	نمایه توده بدنی > 35	
جنین ناهنجار با قابلیت حیات	post date	سابقه IUFD یا نوزاد ناهنجار با مشاوره سطح ۳	
آسم کنترل نشده و هر نوع بیماری ریوی	ابتلاء به TORCH (مشاوره با سطح ۳)	ناهنجاری رحمی (پس از مشاوره با سطح ۳)	
	صرع	سابقه IUGR (مشاوره با سطح ۳)	
	مادر معتاد (مشاوره با سطح ۳)	سابقه پره ترم (مشاوره با سطح ۳)	
	زایمان زودرس کنترل شده		
	آسم		

3	2	1	
indications			استاندارد 19
کلیه اندیکاسیونهای سطح ۲	کلیه اندیکاسیونهای سطح ۱	تهوع و استفراغ شدید بارداری بدون اختلال متابولیکی	اندیکاسیون های بستری مادر در زمان بارداری
اختلال هوشیاری ، تشنج	فشار خون مزمن	مثبت HIV ،HCV،HbsAg اگر نارسایی عضوی وجود ندارد	
کریو آمینونیت	پره اکلامپسی زیر ۳۴ هفته (پس از مشاوره با سطح ۳)	مادر تب دار (پس از مشاوره با سطح ۳)	
مننژیت با کاهش هوشیاری	پارگی کیسه آب بالای ۳۲ هفته		
IUGR شدید یا پره ترم	پیلو نفریت		
ناهنجاری جنینی با قابلیت حیات	شکم حاد بارداری		
Trap و TTS	پره ترم بالای ۳۲ هفته یا وزن جنین بالای ۱۸۰۰ گرم که دردهای زایمانی را بتوان مهار کرد.		
سابقه کاردیومیوپاتی در طی یا بعد از بارداری	پنومونی		
فقدان یا معکوس شدن جریان پایان دیاستول قبل از ۳۳ هفته	مننژیت		
	FUO		
	بیماریهای زمینه ای مادر (کلیوی ، خونی ، ...)		
	تهوع و استفراغ شدید کنترل نشده		
	DVT		
	انواع دیابت در بارداری بدون نارسایی عضوی		
	کلستاز بارداری		
	آنمی شدید		
	آمنیو ریداکشن (پس از مشاوره با سطح ۳)		
	بیماریهای قلبی low و moderate risk (در صورت وجود کاردیولوژیست)		

3	2	1	استاندارد 19
indications			
کلیه اندیکاسیونهای سطح ۲	کلیه اندیکاسیون های سطح ۱	موارد طبیعی	اندیکاسیون های بستری مادر جهت زایمان و پس از زایمان
اختلال هوشیاری، تشنج	جفت سر راهی	نمایش غیرطبیعی	
کریو آمیونیوت و پارگی کیسه آب کمتر از ۳۲ هفته	دوقلوئی بالای ۳۲ هفته	دو قلوبی ترم	
متریت توکسیک	آمبولی ریه (تثبیت وضعیت مادر و ارجاع به سطح ۳)	ناهنجاری کشنده در جنین	
منژیوت با کاهش هوشیاری	پلی هیدرامنیوس متوسط تا شدید و الیگو هیدرامنیوس	پلی هیدرامنیوس خفیف، بدون ناهنجاری جنین در سونوگرافی	
HELLP syn	IUGR ترم، بالای ۱۰۰۰ گرم	ناهنجاری رحمی	
کبد چرب بارداری و هیپاتیت	مادر معناد	سابقه سزارین	
IUGR شدید یا پره ترم	مادر تب دار	فاز فعال زایمان زیر ۲۵ هفته	
دکلمان به همراه مرگ داخل رحمی، DIC یا نارسایی کلیه	زایمان پره ترم ۳۲ هفته و بالاتر	زایمان اجتناب ناپذیر	
BMI>40	آبله مرغان حین زایمان	سابقه زایمان سخت یا سریع	
زایمان TTS و Trap	مادر دیابتیک	سابقه مول	
پره اکلامپسی و اکلامپسی با نارسایی عضوی	آنمی شدید	انجام زایمان مادری که سابقه مرده زایی با نوزاد ترم فعلی سالم دارد (پس از مشاوره)	
ناهنجاری جنین با قابلیت حیات	ناهنجاری جنین بدون قابلیت حیات	سابقه نوزاد ناهنجار با نوزاد فعلی سالم (پس از مشاوره)	
پره اکلامپسی کمتر از ۳۴ هفته که نیاز به ختم بارداری داشته باشد	DVT	زایمان و آنمی خفیف و متوسط	
زایمان پره ترم کمتر از ۳۲ هفته یا وزن جنین کمتر از ۱۵۰۰ گرم	IUFD	زایمان بالای ۳۶ هفته	
جفت سرراهی اکرتا و اینکرتا (گرید ۳ و ۴ که در حال خونریزی فعال نیستند)	بیماریهای قلبی با خطر کم یا متوسط (در صورت وجود کاردیولوژیست)	اورژانس های مامایی در زمان زایمان مانند پرویا دکلمان در صورت جنین زنده یا دیسترس تنفسی	
PROM<= 32 w	اکلامپسی بدون organ failure	انواع سقط ها به جز سقط عفونی	
سپسیس بعد از زایمان و در صورت عدم پاسخ به درمان تا ۴۸ ساعت	PROM> 32 w	متریت پس از زایمان	
ITP	سپسیس بعد از زایمان و پاسخ به درمان تا ۴۸ ساعت	بارداری ۴ و بالاتر	
	چند قلوبی (پس از مشاوره با سطح ۳)	سن بالای ۱۶ سال و زیر ۳۷	
	بیوفیزیکال پروفایل ۶ و کمتر	حاملگی خارج از رحم	
		حاملگی پس از موعد (Post term)	
		سابقه دیابت در بارداری ولی با BS نرمال در حاضر	
		بیماری فشارخون مزمن ولی کنترل شده	

تذکر: مراکز بهداشتی درمانی سطح ۱ مراقبت محسوب می شوند و موارد ارجاع شده را به سطح ۲ بفرستند

3	2	1	
indications			استاندارد ۲۰
<p>۱. نوزادان با وزن تولد زیر ۱۵۰۰ گرم</p> <p>۲. دیسترس تنفسی، آپنه، شوک سپتیک،</p> <p>۳. سیانوز، تشنج، ماکروزومی (با وجود علایم مشکلات تنفسی و قلبی)، اختلال متابولیک بدون در نظر گرفتن وزن و سن حاملگی،</p> <p>۴. اختلال هوشیاری، نارسایی کلیه، کبد، قلب یا چند ارگان همزمان</p> <p>۵. خونریزی های شدید یا از چند نقطه، استفراغ های مکرر و عدم تحمل تغذیه</p> <p>۶. احتیاج به احیاء پیشرفته (تهویه با بگ و ماسک*، لوله گذاری تراشه، فشردن قفسه سینه یا تجویز دارو)</p> <p>۷. آنومالی های مادرزادی تحدید کننده حیات (قلبی، TEF، انسداد روده، اومفالوسل، گاستروشرزیا و ...)</p> <p>۸. سایر موارد به صلاح دید پزشک فوق تخصص نوزادان.</p>	<p>۱. وزن ۱۴۰۰ الی ۱۵۰۰ گرم یا بیشتر بدون هیچ گونه علامتی</p> <p>۲. در نوزادان دچار دیسترس تنفسی:</p> <p>a. علائم دیسترس تنفسی مرتفع شده باشد.</p> <p>b. برای تنفس عادی نیاز به حمایت تنفسی اعم از دستگاه تهویه مکانیکی یا دستگاه CPAP نداشته باشد.</p> <p>c. نوزادان نیازمند اکسیژن اضافی نباید اکسیژن را توسط کانولای بینی با جریان بالا (بیشتر از ۱ لیتر در دقیقه) دریافت کنند.</p> <p>d. نوزاد باید از نظر بالینی پایدار شده باشد (عدم وجود افت و خیز O2Sat، فشار خون یا ضربان قلب)</p> <p>۳. عدم وقوع آپنه حداقل به مدت یک هفته</p> <p>۴. در نوزادانی که دچار آسفیکسی هستند باید:</p> <p>a. دوره درمانی سرد کردن سر یا بدن نوزاد طی شده باشد</p> <p>b. حداقل از آخرین تشنج نوزاد ۳ روز گذشته باشد.</p> <p>c. نوزاد قادر به هماهنگ کردن مکیدن و بلع باشد.</p> <p>d. حداقل به مدت ۲ روز پیاپی زیر سینه مادر یا توسط گاپ تغذیه شده باشد.</p> <p>۵. در نوزادان بسیار نارس علاوه بر رسیدن به وزن ۱۵۰۰ گرم باید:</p> <p>a. نوزاد تغذیه نوزاد به مرحله ای رسیده باشد که نیاز به تغذیه وریدی نداشته باشد.</p> <p>b. وضعیت پایدار بالینی داشته باشد</p> <p>c. حداقل ۱۰ میلی لیتر / کیلوگرم تغذیه خوراکی را تحمل کند</p>		اندیکاسیون های بستری نوزاد

تذکر: مراکز بهداشتی درمانی سطح ۱ مراقبت محسوب می شوند و موارد ارجاع شده را به سطح ۲ بفرستند

استانداردهای بخش مراقبت ویژه نوزادان و بخش تخصصی مراقبت از نوزاد

صرف سرمایه اولیه و هزینه نگهداری بخش مراقبت ویژه نوزادان بسیار گزاف است و ممکن است هزینه اثر بخشی نداشته باشد. مگر آن که در غالب طرح سطح بندی خدمات پری ناتال برنامه ریزی شود. باید تاسیس بخش مراقبت ویژه نوزادان فقط قسمت کوچکی از ارائه خدمات به نوزاد در شبکه بین بیمارستانی یک منطقه باشد. برای مقرون به صرفه بودن ارائه خدمات ویژه به نوزاد لازم است، بخش مراقبت ویژه نوزاد با سرمایه گذاری و برنامه ریزی مناسب برای تحت پوشش قرار دادن یک منطقه سازماندهی شود و نه لزوماً برای برآورده کردن نیازهای یک بیمارستان. هدف بخش مراقبت ویژه نوزادان، بهبود مراقبت های بحرانی در نوزادان بیمار و حفظ بقاء آنها است به طوری که مرگ و میر و عوارض کاهش یافته و نیز آموزش مداوم پزشکان و پرستاران در ارتباط با مراقبت از نوزاد فراهم گردد

جدول زیر تعداد تحت ویژه مراقبت از نوزادان در بیمارستان های سطح ۳ گانه بر اساس برنامه سطح بندی خدمات پرناتال را به نمایش می گذارد:

سطح ۱	۳ الی ۴ تخت سطح ۱ مراقبت نوزادان (در بخش کودکان تحت عنوان اتاق نوزادان) به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در بیمارستان، تسهیلات زایمانی، مطب، کلینیک یا منزل در ناحیه روستایی یا شهری ^۱
سطح ۲	۳ الی ۴ تخت سطح ۱ مراقبت عمومی نوزادان به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در بیمارستان، تسهیلات زایمانی، مطب، کلینیک یا منزل در ناحیه روستایی یا شهری ۲ الی ۳ تخت سطح ۲ مراقبت تخصصی نوزادان (بخش مراقبت تخصصی نوزادان) به ازای هر ۱۰۰۰ تولد های زنده در بیمارستان و خارج بیمارستانی منطقه جغرافیایی بلوک ^۲
سطح ۳	۳ الی ۴ تخت سطح ۱ مراقبت عمومی نوزادان به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در بیمارستان، تسهیلات زایمانی، مطب، کلینیک یا منزل در ناحیه روستایی یا شهری ۲ الی ۳ تخت سطح ۲ مراقبت تخصصی نوزادان به ازای هر ۱۰۰۰ تولد های زنده در بیمارستان و خارج بیمارستانی منطقه جغرافیایی بلوک ۱ الی ۲ تخت سطح ۳ (مراقبت ویژه نوزادان) به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در استان ^۳ یا دانشگاه

¹ Sun-district

² District

³ Province

SNN		NICU			استاندارد ۱: ساختار کلی	
۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پریناتال		
NA	NA	16	16	16	حداقل تعداد تخت بخش مراقبت ویژه نوزادان	۱
10	10	16	16	16	حداقل تعداد تخت بخش بینابینی مراقبت نوزادان	۲
NA	NA	E	E	E	هر بخش مراقبت ویژه نوزادان باید حداقل به تعداد تخت خود دارای تخت بخش تخصصی نوزادان مطابق تخت های ۲ الف باشد.	۳
HR	HR	HR	HR	HR	محل بخش مراقبت نوزادان در بیمارستان باید نزدیک سرویس زایمان احداث گردد	۴
HR	HR	HR	HR	HR	اگر بخش مامایی و نوزادان در دو طبقه مجزا باشد باید یک آسانسور جدا و قابل دسترس در هر زمان نزدیک ورودی بخش مراقبت ویژه نوزادان دو بخش را به هم ارتباط دهد. توصیه می شود انتقال نوزادان بدون استفاده از راهروهای عمومی بیمارستان امکان پذیر باشد.	5

استاندارد ۲: فضای فیزیکی	پرینتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف
1	۹	۹	۷	۵	۵
2	HR	HR	HR	HR	HR
3	HR	HR	HR	HR	HR
4	۲/۴	۲/۴	۲	۲	۲
5	HR	HR	HR	HR	HR
6	HR	HR	HR	HR	HR
7	R	R	R	R	R
8	R	R	R	R	R
9	۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۴۵	۰/۴۵

- ① هدف از ایجاد این فضا گذاشتن تاثیر اولیه مثبت بر والدین و اینکه آنها تصور کنند مهم ترین فرد در تیم مراقبت نوزاد می باشند و نقش شان بیش از یک ملاقات کننده است. تماس مستقیم والدین با پرستار سبب می شود آنان احساس کنند از نوزادشان در محیط امن نگهداری می شود. این مکان باید دارای کمد هایی برای گذاشتن وسایل شخصی والدین و نیز محلی برای شستشوی دست ها و پوشیدن گان باشد .
- ② این اتاق باید مجهز به یک قسمت شستشوی دست مجزا که مجهز به آب گرم سرد و شیرهای آبی که بدون دخالت دست بازو بسته می شوند و نیز دارای صابون، دستمال یک بار مصرف و سطل زباله دردار که با پا باز می شود باشد. سیستم تهویه در اتاق نگهداری وسایل آلوده باید طوری کار کند که فشار منفی ایجاد کرده و ۱۰۰٪ هوا به خارج از محیط فرستاده شود. اتاق باید طوری طراحی شود که بتوان مواد آلوده را بدون عبور از محل نگهداری نوزادان به خارج از بخش منتقل نمود. محلی برای جمع آوری مواد قابل بازیافت باید در بخش مراقبت ویژه نوزادان تعبیه شود و باید حداقل ۰,۹ متر مربع به ازای هر تخت فضا داشته باشد و خارج از محل نگهداری نوزاد باشد.

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۳: نیازهای الکتریکی، مکانیکی و خروجی های گاز
HR	HR	HR	HR	HR	۱ ابزار مکانیکی جهت هر تخت شامل خروجی های گاز و الکتریسته باید طوری طراحی و نصب شوند که ۱- دائمی باشند. ۲- فایمن باشند. ۳- به راحتی قابل دسترسی باشند.
۱۲	۱۲	۱۶	۱۶	۱۶	۲ تعداد خروجی الکتریکی (حداقل)
۱	۱	۲	۳	۳	۳ تعداد خروجی هوا
۱	۱	۲	۳	۳	۴ تعداد خروجی اکسیژن
۱	۱	۲	۳	۳	۵ تعداد خروجی ساکشن
HR	HR	HR	HR	HR	۶ برای همه خروجی های الکتریکی باید ترکیبی از موتورهای برق معمولی و اضطراری وجود داشته باشد. تمام خروجی ها باید طوری نصب شوند که امکان دسترسی به آنها راحت باشد.

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۴: اتاق ایزوله عفونت های منتقل شونده از هوا
O	O	R	R	HR	1 یک اتاق ایزوله تنفسی باید در بخش موجود باشد.
E	E	E	E	E	2 باید ایستگاهی برای پوشیدن گان، شستشوی دستها و نگهداری وسایل، نزدیک در ورودی اتاق وجود داشته باشد.
E	E	E	E	E	3 سیستم تهویه هوای اتاق ایزوله باید طوری کار کند که فشار منفی ایجاد کرده و هوا را ۱۰۰٪ به خارج تخلیه کند.
E	E	E	E	E	4 دیوارها، سقف، کف زمین و منافذ اتاق طوری باید پوشش داده شوند که هیچ هوایی نتواند از خارج و یا سایر فضاها به داخل محیط منتشر شود.
E	E	E	E	E	۵ تمام درهای اتاق ایزوله باید طوری باشند که اتوماتیک بسته می شوند.
E	E	E	E	E	۶ سیستم ارتباطی اورژانس و قابلیت مانیتورینگ بیمار در این اتاق ها باید تامین شود. این اتاق باید دارای پنجره ای باشد که از بیرون امکان مشاهده بیمار وجود داشته باشد و در ضمن در مواقع ضروری جهت حفظ حریم خصوصی بیمار بتوان آن را پوشاند.
E	E	E	E	E	۷ پنجره باید به گونه ای کار گذاشته شود که امکان تمیز کردن آن راحت باشد.
E	E	E	E	E	۸ این اتاق باید دارای مونیتوری باشد که دائماً فشار داخل اتاق را نشان دهد مخصوصاً هنگامی که بیماری در اتاق بستری است با این مونیتور باید دائماً جهت حرکت هوا را نشان دهد.

استاندارد ۵: محل شستشوی دستها					پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف
1	در صورتی که اتاق ها یک تخته باشد باید در هر اتاق محلی جهت شستشوی دستها در نظر گرفته شود.	E	E	E	E	E	E	E	E
2	در صورتیکه اتاق ها چند تخته باشد هر تخت باید در فاصله ۶ متری از محل شستشوی دست ها باشد.	E	E	E	E	E	E	E	E
3	در ضمن محل شستشوی دستها نباید از ۰/۹ متر به تخت ها و محل نگهداری وسایل نزدیکتر باشد.	E	E	E	E	E	E	E	E
4	سایز سینک دستشویی باید در حدی باشد که از پاشیدن آب به اطراف ممانعت کند و در ضمن طوری طراحی شود که آب به راحتی تخلیه شده و به هیچ وجه در سینک تجمع نیابد. حداقل سایز سینک باید طول = ۶۱ cm * عرض = ۴۱ cm * عمق = ۲۵ cm باشد. دیواره سینک باید با مواد بدون خلل و خرج پوشش داده شود. محلی برای گذاشتن صابون، حوله یا دستمال وسط زباله در نظر گرفته شود. وسیله ای که از آن دستمال و یا حوله برداشته می شود، باید طوری نصب شود که شخص برای برداشتن دستمال و یا حوله فقط به دستمال و حوله تمیز دست بزند و بتواند براحتی آن را بردارد. محل سینک، موادی که سینک از آن تشکیل شده و نیز وسایل نگهداری صابون و دستمال ها باید طوری انتخاب شود که براحتی قابل تمیز کردن بوده و استفاده از آنها آسان باشد. مواد پوشاننده دیواره اطراف سینک باید از جنسی باشد که امکان رشد کپک در آن نباشد.	E	E	E	E	E	E	E	E
۵	یکی از سینک ها باید در سطحی قرار داده شود که افرادی که معلول بوده و روی صندلی چرخدار هستند هم بتوانند از آن استفاده کنند.	R	R	R	R	R	R	R	R

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۶: ۱ محل کار و استراحت پرستاران و پزشک مقیم
E	E	E	E	E	1 محل کار پرستاران باید نزدیک ورودی بخش مراقبت ویژه نوزادان باشد تا پرسنل بتوانند ورود افراد را به بخش مراقبت ویژه نوزادان چک کنند.
HR	HR	HR	HR	HR	2 برای هر ۸ تا ۱۶ تخت به یک یا بیشتر ایستگاه پرستاری احتیاج می باشد در این مکان، امکان تشریک مساعی و جمع آوری گزارشات مربوط به هر نوزاد در آن واحد برای ۳ تا ۶ نفر از پرستاران بوجود آمده، بدون آنکه با حریم خصوصی نوزاد و خانواده اش تعرضی شود. چارت های نوزاد، ترمینال های کامپیوتر و فرم های بیمارستانی در این محل نگهداری می شود.
HR	HR	HR	HR	HR	3 فضایی که انحصاراً، برای کارهای اداری، شخصی و تخصصی پرستاران در نظر گرفته شده است باید از نظر اندازه و محل طوری باشند که سبب رضایت و تشویق کارکنان شود و این فضا می تواند حداقل ۱/۳ فضای کل بخش مراقبت ویژه نوزادان باشد و شامل کمد ها، محل استراحت، محل مطالعه، مشاوره، کنفرانس و اتاقی برای on call و توالت اختصاصی است.
R	R	HR	HR	HR	۴ اتاقی به همراه سرویس بهداشتی و حمام و امکانات رفاهی مانند یخچال و تلویزیون و کتابخانه و خط تلفن جهت حضور ۲۴ ساعته پزشک مقیم در نظر گرفته شود.

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۷: مراقبت از خانواده
E	E	E	E	E	1 اتاق استراحت والدین باید در نزدیکی یا داخل بخش مراقبت ویژه نوزادان باشد. این اتاق باید دارای محلی مناسب برای: ۱- استراحت والدین. ۲- گذاشتن وسایل و کمد هایی برای والدین. ۳- تلفن. ۴- توالت اختصاصی باشد.
E	E	E	E	E	2 اتاق دیگر نیز برای شیردهی، مشاوره شیردهی در نزدیکی بخش مراقبت ویژه نوزادان باید در نظر گرفته شود و دارای مبل راحتی، دستشویی و راه ارتباطی با بخش مراقبت ویژه نوزادان باشد. مادران باید در نگهداری از فرزندانشان تشویق شوند. شیردهی توسط مادران باید تسهیل شود.
E	E	E	E	E	3 پمپهای الکترونیکی شیردوشی باید در دسترس تمام مادران باشد.
E	E	E	E	E	4 در بخش باید مکانی برای آموزش والدین وجود داشته باشد. این اتاق باید چسبیده به بخش مراقبت ویژه نوزادان باشد. در این مکان طبق یک برنامه مدون و منظم به مادران و پدران در رابطه با روش مراقبت از نوزاد در بیمارستان و منزل، پیگیری بعد از ترخیص آموزش های لازم داده می شود. از این اتاق در زمانی که خالی است می توان برای مشاوره با خانواده، اقدامات حمایتی برای خانواده و مطالعه استفاده نمود.

استاندارد ۸: محل سرویس دهی خدماتی					
۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	
در طراحی بخش مراقبت ویژه نوزادان باید مکان های زیر در نظر گرفته شوند:					
NA	O	HR	E	E	1 درمان های تنفسی
NA	O	HR	E	E	2 اقدامات آزمایشگاهی
NA	O	HR	E	E	3 اقدامات درمانی و تهیه دارو
E	E	E	E	E	4 رادیولوژی
NA	O	HR	E	E	5 درمان تکامل نوزادان
NA	O	HR	E	E	6 آماده سازی شیر: در هر بخش مراقبت ویژه نوزادان، اتاقی جهت آماده سازی شیر (تهیه شیرخشک، اضافه نمودن مواد لازم به شیرمادر و یا شیرخشک) باشد. در این اتاق باید دستشویی - پیشخوان و محل ذخیره برای وسایل یخچال و فریزر وجود داشته باشد.
NA	O	HR	E	E	7 باید فضای اداری جهت فعالیت هایی که مستقیماً در ارتباط با مراقبت از نوزاد، حمایت از والدین و سایر فعالیت هایی که بطور معمول در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام می شود، در نظر گرفته شود.

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۱۹ روشنائی دیوکل کربن شتابن نوزادان
E	E	E	E	E	پوشش نور از فناوری میل دیاسلیم رتختی نوزاد تمیز کردنی بوده لوکس تنظیم باکند. ① رشد میکروارگانیسم در حداقل باشد.
E	E	E	E	E	کف پوش باید قدرت انعکاس کمتر از ۰.۴٪ داشته باشد و جلا یا براق بودن آن کمتر از ۳۰ واحد جلا باشد. باید بتوان بطور موقت جهت اعمال خاص روشنائی را فقط روی یکی تحت افزایش آدا بدن آنکه روشنائی در سایر مناطق بخش
E	E	E	E	E	مراقبت ویژه نوزادان تغییر کند. ②
E	E	E	E	E	روشنائی سایر مناطق مانند پرونده نویسی، محل تهیه و تدارک دارو، پذیرش، محل شستشوی دست ها باید منطبق بر دستورالعمل و مختصات مهندسی باشد.
E	E	E	E	E	در مکان هایی که پرستاران نزدیک تخت نوزادان کار می کنند مانند محل پرونده نویسی، باید منبع نور جداگانه و قابل کنترل، در دسترس باشد تا کار آنها با خواب نوزادان تداخل نکند.
E	E	E	E	E	حداقل یک منبع نور طبیعی (نور خورشید) باید در بخش مراقبت ویژه نوزادان وجود داشته باشد.
E	E	E	E	E	شیشه پنجره باید عایق حرارتی بوده تا سبب به حداقل رساندن از دست رفتن حرارت محیط شود. فاصله پنجره تا تخت نوزاد باید بیشتر از ۶۱ سانتی متر باشد تا از دست رفتن حرارت بدن نوزاد از طریق رادیاسیون به حداقل برسد.
E	E	E	E	E	تمام پنجره های خارجی باید توسط پوششی که رنگ طبیعی و مات داشته باشد قابل پوشاندن باشد تا توزیع و پخش رنگ در محیط به حداقل برسد. پوشش باید از جنسی باشد که به راحتی قابل شستشو باشد و از تابش نور مستقیم به نوزاد، مایعات تزریقی و صفحه مانیتور ممانعت کند. پنجره تاثیر روانی مثبت و بسزایی روی کارکنان و والدین نوزادان در بخش مراقبت ویژه نوزادان دارد. بهترین نور برای کار کارکنان، چارت کردن و بررسی تون و رنگ پوست نوزاد نور خورشید است.

- ① در نوزادان بسیار پره ترم اثرات مفید ثابت شده ای از معرض نور قرار گرفتن نوزادان دیده نشده است ولی بعد از هفته ۲۸ جنینی مدارکی دال بر اینکه سیکل روزانه نور اثرات مفیدی در تکامل نوزاد دارد، وجود دارد. نور مناسب از خستگی پرستاران جلوگیری می کند. برای تنظیم و تعدیل نور می توان تعداد متعددی کلید برای روشن و خاموش کردن لامپ ها در نظر گرفت، ولی باید یک کلید اصلی برای بوجود آوردن تاریکی در دسترس باشد.
- ② باید شرایطی فراهم کرد که همه کارکنان حداکثر ۱۵ دقیقه در شیفت خود در معرض نور با شدت بالاتر قرارگیرند تا اثرات ناشی از کار شبانه و بیماری های عاطفی فصلی در آنها کاهش یابد. این محیط را می توان با نور سفید ۵۰۰۰-۳۰۰۰ لوکس در حد چشم و ۲۵۰۰-۱۵۰۰ لوکس در محیط بوجود آورد. اگر از سیستم روشنائی موضعی استفاده می شود، روشنائی باید منبعی از طیف باریک مانند: **Blue LED** با طول موج ۴۷۰ نانومتر و حداقل ۳۰ لوکس در حد چشم تامین گردد.

3	استاندارد ۱۱: تامین تهویه و حرارت	باید به راحتی قابل تمیز کردن و مقاوم بوده و به خواص اکوستیک آن ها توجه	پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف
1	شود. از PVC باید در پوشش اجتناب کرد. و نیز از VOCs ^۲ و PBTs ^۳ که حاوی کادمیوم هستند و در رنگ و پوشش دهنده های بخش مراقبت های ویژه نوزادان باید طوری طراحی شود که بتواند دمای حدود (۳۳ تا ۴۱ درجه سانتی گراد) و رطوبت ۳۰ تا ۴۰ دیوار، پانل های اکوستیک و پانل های چوبی وجود دارند باید اجتناب شود. درصد زایلدون بوجود آوردن بخار روی پنجره ها و دیوارها تامین نمود.	E	E	E	E	E	E
4	مبلمان چه آنها که جا سازی می شوند و چه آنها که جداگانه نصب می شوند از قبیل کابینت ها به خصوص در محل مراقبت نوزادان حداقل ۳ متر هر ساعت باید ۲ بار هوای داخل اتاق تعویض گردد که حداقل ۲ بار آن باید با هوای خارج باشد. تهویه باید به صورتی باشد که مانع حرکت آزاد گرات در داخل فضا گردد و گشس و دمش هوا توسط تهویه به صورتی باشد که گرد و خاک را در نزدیک جنس مقاوم باشند تا در مقابل جا به جایی های مکرر آسیب نبیند. موادی که بصورت تپیک در مبلمان استفاده می شود اغلب مانند و سطح تحت نوزاد به حداقل برسانند.	E	E	E	E	E	E
3	فرمالدئید دارای VOC است که در قطعات چوبی فشرده مانند تخته سه لا و تخته های حاوی ذرات چوب به هم فشرده استفاده میشود. فیلتر باید در محلی خارج از مکان مراقبت از نوزادان قرار گیرد تا بتوان به راحتی آن را تعویض نمود و از نظر آمیتی هم مطمئن تر باشد. باید محل ورودی هوای تازه حداقل ۷/۲ متر از محل خروجی هوا از سیستم ساکشن طبی یا حراری، محل قرار گیری دستگاه	E	E	E	E	E	E
5	سقف باید به راحتی قابل شستشو باشد و طوری طراحی شود که جسمی از حفرات و خلل و فرج به محیط کار ریخته نشود. پوشش ها و لوله های تهویه و محلی که دوده های مضر دستگاه ها ممکن است جمع گردد، فاصله داشته باشند.	E	E	E	E	E	E
	سقف باید ضد حریق بوده و در کاهش سروصدا موثر باشد. مواد پوشش دهنده باید عاری از مواد تراژون، کارسیونز و موتاسیون را باشند. چون کاهش و کنترل صدا در بخش مراقبت ویژه نوزادان، بسیار مهم است سیستم اکوستیک سقف باید مطلوب باشد و با توجه به استاندارد های موجود به دقت انتخاب شود. باید از موادی که فاقد، VOC هستند استفاده شود. باید از PBT ، VOC مانند کادمیم که در رنگها و سفال و اجرهای سقف استفاده میشوند، اجتناب شود.	E	E	E	E	E	E

1 -polyvinyl chloride

2 -volatile organic compounds

3 -persistent bioaccumulative toxic chemicals

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پریناتال	استاندارد 12: محیط اکوستیک – وضعیت سروصدا
E	E	E	E	E	1 مناطق که تخت های نوزادان در آن قرار دارند، محل کار پرستاران، محل استراحت والدین و پرستاران و تمام راهروها و درهای باز شونده به آنها باید طوری طراحی شوند که حداقل صدا منتقل گردد و توانایی جذب صدا را داشته باشند.
E	E	E	E	E	2 صداهای زمینه ای و ناگهانی در کلیه مناطق مذکور نباید بیشتر از ۵۰-۴۵ دسی بل در ساعت باشد. مواد به کار رفته در پوشش سقف در محل مراقبت نوزادان و محل کار پرستاران و محل حضور والدین باید خاصیت کاهش سروصدا تا ۹۵ درصد را داشته باشند.
HR	HR	HR	HR	HR	3 بسیاری از مطالعات نشان می دهد که صداهای ناگهانی منجر به اختلالات رفتاری- فیزیولوژیک از قبیل اختلال خواب، گریه کردن، بیدار شدن، هیپوکسی، تاکی کاردی و افزایش فشار داخل جمجمه می شود. برای بهبود شرایط فوق می توان از بحث و راند کنار تخت نوزاد در صورتی که نیازی به تماس و معاینه نباشد اجتناب کرد و با صدای کوتاه صحبت نمود، هیچ وسیله ای روی انکوباتور قرار نداد، باز و بسته کردن در انکوباتور با ملایمت انجام گردد و وسایل پورتابل با احتیاط حمل گردند
R	R	R	R	R	4 در زمان بیداری بهتر است موزیکی ملایم و یا صدای والدین برای نوزادان پخش شود. می توان آخرین ساعت هر شیفت را به عنوان ساعت سکوت در نظر گرفت.

استاندارد ۱۳: پرسنل پزشکی					پریناتال	۳ ب	۳ الف	۲ ب	۲ الف
1	مسئول بخش یک فوق تخصص نوزادان تمام وقت است. هر پزشک فوق تخصص نوزادان فقط می تواند رئیس یک بخش مراقبت ویژه نوزادان باشد. و هر فوق تخصص نوزادان نمی تواند در بیش از ۲ بخش مراقبت ویژه نوزادان مشغول به فعالیت باشد.	E	E [●]	E [●]	O [●]	O [●]			
2	رئیس بخش مسئول حفظ استانداردهای مراقبت از بیمار، فراهم کردن اعتبارات مالی مناسب، ارزیابی تجهیزات، خرید ها، طراحی و بهبود برنامه های آموزشی و ارزیابی کیفیت خدمات پری ناتال در منطقه است. وی باید به همان میزان که برای خدمات مراقبتی پری ناتال، تحقیق و آموزش سطح III وقت صرف می کند برای سطح I, II هم وقت صرف کند.	E	E	E	NA	NA			
3	برای هر ۸ تا ۱۰ بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان یک فوق تخصص نوزادان مورد نیاز است.	E	E	E	NA	NA			
4	یک پزشک متخصص اطفال دارای بورد تخصصی مقیم باید به طور ۲۴ ساعته در بخش حضور داشته باشد.	E	E	E	O	O			
5	مسئول بخش یک متخصص اطفال دارای برد تخصصی است.	①	①	①	E [●]	E [●]			
6	برای هر ۸ تا ۱۰ بیمار بستری در بخش تخصصی نوزادان یک متخصص اطفال مورد نیاز است.	NA	NA	NA	E	E			
7	مراقبت بیهوشی باید توسط یک فلوشیپ اطفال در رشته بیهوشی یا یک متخصص بیهوشی ماهر در رشته نوزادان ارائه شود. حداقل تجربه انجام مراقبت بیهوشی ۲۵ کودک زیر ۶ ماه در مدت ۱ سال را داشته باشد.	E	E	HR	NA	NA			
8	جراح کودکان ماهر در جراحی های پیچیده نوزادان در باید در اختیار باشد	E	E	HR	NA	NA			
<p>① در صورت عدم وجود فوق تخصص نوزادان متخصص اطفال دارای برد تخصصی که دوره تکمیلی ۶ ماه بخش مراقبت ویژه نوزادان را در یک مرکز مورد تایید وزارت بهداشت برای آموزش فوق تخصص نوزادان گذرانده باشد می تواند تا فراهم شدن فوق تخصص نوزادان رئیس بخش باشد. ذکر این مهم لازم است که انتخاب رئیس بخش مراقبت ویژه نوزادان با هدف اولیه ارتقاء کیفیت مراقبت از نوزاد بوده و باید این اصل اخلاق پزشکی در آن لحاظ گردد که باید بهترین نفع نوزادانی که در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری می شوند و خانواده آنها در نظر گرفته شود نه بهترین نفع پزشکان و/یا گروه تخصصی و/یا بیمارستان.</p>									
<p>② رئیس بخش تخصصی نوزادان در کنار بخش مراقبت ویژه نوزادان طبق بند ۳ و ۶ استاندارد ۱۳ با توصیه اکید باید فوق تخصص نوزادان باشد. این مهم تداخلی با بند ۳ استاندارد ۱۳ ندارد. یعنی یک فوق تخصص نوزادان هم می تواند رئیس بخش مراقبت ویژه نوزادان و هم رئیس بخش تخصصی نوزادان در یک بیمارستان باشد. در صورت وجود دو نفر فوق تخصص نوزادان یکی روئیس بخش مراقبت ویژه نوزادان و دیگری رئیس بخش تخصصی نوزادان باشد.</p>									

					استاندارد ۱۴: پرسنل پرستار
۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	
E	E	E	E	E	۱ هر بخش باید یک مدیره پرستاری تمام وقت لیسانس با حداقل ۴ سال تجربه کار تأیید شده در همان بخش یا بخشی در همان سطح را داشته باشد.
5-6/1	3-4/1	2-3/1	1-2/1	1-2/1	۲ نسبت پرستار به بیمار (پرستار/بیمار)
NA	2/1	2/1	1:1	1:1	۳ نسبت پرستار به بیمار در نوزادی که تحت تهویه مکانیکی است.
6/1	6/1	4/1	2:1	2:1	۴ نسبت پرستار به بیمار در نوزادی که تحت تهویه مکانیکی نیستند.
E	E	E	E	E	۵ وجود یک پرستار مسئول فقط یک نوزاد در پاره ای حالات مانند هنگام پذیرش، تعویض خون، دیالیز صفاقی یا انتقال نوزاد و هنگامی که نوزاد حالت بالینی ناپایدار دارد مانند هنگامی که نوزاد دچار فشار خون پولمونری شدید می باشد، یا هنگام مرگ نوزاد، ضروری است. در هر شیفت کاری باید یک پرستار برای ایفای این نقش وجود داشته باشد.
NA	NA	E	E	E	۶ پرسنل باید حداقل ۳ سال تجربه کاری در بخش نوزادان داشته باشند و نیز داشتن ۳ ماه آموزش عملی در بخش مراقبت ویژه نوزادان لزومی است. آموزش باید در زمینه استفاده بهینه از تجهیزات، لوله گذاری داخل تراشه و نمونه گیری شریانی، احیاء نوزاد در حد پیشرفته، تثبیت و انتقال نوزاد و غیره باشد.
HR	HR	E	E	E	۷ حضور یک پرستار و یا یک مددکار اجتماعی برای بهبود ارتباط و افزایش همدلی با خانواده ها، ترویج شیر مادر و کمک به پیگیری نوزاد بعد از ترخیص از بخش مراقبت ویژه نوزادان از اهمیت زیادی برخوردار است. یک کمکی یا پرستار جهت نگهداری اموال بخش هم لازم است.
E	E	NA	NA	NA	۸ پرستاران بخش تخصصی نوزادان علاوه بر دوره آموزشی اصول پرستاری باید دوره آموزش یک ماه در ویژه بخش مراقبت ویژه نوزادان با کیفیت بالا را بگذرانند. آموزش باید در زمینه استفاده بهینه از تجهیزات، نمونه گیری شریانی، اصول احیاء نوزاد، تثبیت و انتقال نوزاد و غیره باشد.

استاندارد ۱۵: سرویسهای مورد نیاز (اداره)				
۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال
E	E	HR	E	E
یکه توپلنتی انتقالی خلاصه ماستعوی انوشنالی و اما دجایه منه سبوریت بیملو تا خدم خطا هر الودا تلخ را داشته باشد				
E	E	E	E	E
توافق نامه انتقال نوزاد بیمار مکتوب، پزشکان و پرستاران بخشهای نوزادان و مامایی باید با همکاری یکدیگر یک برنامه آموزشی پرینتال جامع برای بیمارستان ها تهیه و				
NA	NA	NA	NA	E
HR	HR	HR	HR	HR
یکه سبایت مکتوب و مینی بر بازگرداندن نوزاد بیمار هنگامی که از نظر بالینی شرایط مناسبی داشت به بیمارستانی که مراقبت تخصصی به مرحله اجرا برسانند.				
E	E	E	E	E
در سطح پایین تری ارائه میدهد جدید خود تا زمانی که کاملا مهارت یابند نظارت کافی داشته باشد. هر کارمند جدیدی باید یک دوره هر بخش: با این روی پرستاران جدید خود تا زمانی که کاملا مهارت یابند نظارت کافی داشته باشد.				
E	E	E	E	E
لوکان دسترسی به رادیولوژی باید یک برنامه مداوم برای آموزش احیاء داشته باشد.				
NA	NA	O	O	E
امکان دسترسی به ct scan از ارتباط و دستیابی به مشاورین خاص داشته باشد که عبارتند از: متخصص زنان و مامایی، پزشک جنین بخش باید خطوط مشخصی از ارتباط و دستیابی به مشاورین خاص داشته باشد که عبارتند از: متخصص زنان و مامایی، پزشک جنین				
NA	NA	O	O	E
لوکان در جراحی نوزاد و متخصص MRI، متخصص قلب اطفال، رادیولوژی، سونوگرافی، چشم پزشک، خدمات آزمایشگاهی، بیوشیمی				
O	O	HR	E	E
بالینی، میکروب شناسی، هماتولوژی، ترانسفوزیون، پاتولوژی پری ناتال، مرکز تکامل کودک، ژنتیک بالینی شامل ناهنجاریها، نورولوژی امکان دسترسی به سنجی ۱۶ ساعته به سونوگرافی				
O	O	HR	E	E
کودکان، نوروفیزیولوژی، نرولوژی اطفال، شنوایی سنجی و تخصص های جراحی دیگر شامل (ENT، ارتوپدی، جراحی اعصاب) و دسترسی به یک داروساز ^۱				
O	O	HR	E	E
پاتولوژیست اطفال آموزش دیده برای نکروپسی و پری ناتال پاتولوژی.				
O	O	HR	E	E
دارای سرویس PPHD، PPHM، PPHM ^۲ دارای گواهینامه معتبر کار در سرویس های نوزادان یا سابقه کار برجسته در این مورد که بتواند به دستورات پزشکان رسیدگی کرده و توانایی تنظیم شدن در اندام های هنگامی بیمارانی ^۳				
O	O	HR	E	E
سایر اعضای تیم بالینی داشته باشد تمام وقت به صورت استخدام جهت ارائه مشاوره به بخش نوزادان داشته باشد				
O	O	HR	E	E
شامل سوپر ویزر مسئول آموزش پرستاران و نگهداری تجهیزات و مونیتورینگ بهبود کیفیت که زیر نظری پرستاران تنفسی ۲۴ ساعته جهت مراقبتهای ویژه و همچنین ABG شبانه روزی با تکنیک میکرو کاپیلاری در دسترس				
O	O	HR	E	E
سرویس های کار درمانی و سرویس شنوایی سنجی و پاتولوژی گفتاری قابل دسترسی در تمام روزهای هفته باشند				
O	O	HR	E	E
تمام وقت قادر است خدمات را بر روی ۲۴ ساعته ای جهت ارائه مشاوره به بیمار و خانواده و ارجاع به سرویسهای مناسب در دسترس باشد. و همچنین لیست جدید مکانها یا هتلها یا نزدیک بیمارستان جهت اسکان همراهان بیمار داشته باشد.				
O	O	HR	E	E
دسترسی به یک مشاور شیردهی دارای مدرک در جهت کمک به مادران شیرده و یک فریزر برای ذخیره شیر مادر				
O	O	HR	E	E
کلینیک مشاوره شیر دهی				
O	O	HR	E	E
کلینیک پیگیری شیرخواران پرخطر				

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۱۶: تجهیزات
E	E	E	E	E	۱ انکوباتور باید سلف کنترل، دوجداره، قابل دسترسی از چهارسو بوده و قادر باشد تا ۱۰۰ درصد مرطوب شود. تخت مراقبت باز باید سلف کنترل باشد.
۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۲ تعداد تخت مراقبتی باز یا انکوباتور برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۳ تعداد پمپ انفوزیون برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
۴/۱	۲/۱	۲/۱	۱/۱	۱/۱	۴ تعداد پمپ سرنگ برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
NA	1 [●]	۲/۱	۲/۱	۲/۱	۵ تعداد تهویه مکانیکی برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
NA	2 [●]	۲/۱	۲/۱	۲/۱	تعداد تهویه CPAP برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
۴/۱	۴/۱	۴/۱	۲/۱	۲/۱	۶ تعداد هود اکسیژن برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
۱۲/۱	۱۲/۱	۶/۱	۶/۱	۶/۱	۷ تعداد اکسی آنالیزور برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۸ تعداد مونیتور یا پالس اکسی متری برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
۳/۱	۳/۱	۳/۱	۳/۱	۳/۱	۹ تعداد فوتوتراپی برای هر تخت بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
۲	۲	۲	۲	۲	۱۰ تعداد ترازوی الکترونیکی برای هر بخش (دستگاه /تخت بیمار)
NA	NA	O	O	O	۱۱ تعداد ترانس کوتانوس Pco2/Po2 برای هر بخش (دستگاه /تخت بیمار)
NA	NA	O	O	O	۱۲ تعداد مونیتور تهاجمی فشار برای هر بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
O	O	O	O	O	۱۳ تعداد مونیتور ECG همراه دفیبریلاتور برای هر بیمار (دستگاه /تخت بیمار)
1	1	1	1	1	۱۵ تعداد رادیوگرافی پرتابل برای هر بخش
1	1	1	1	1	۱۶ سونوگرافی پرتابل برای هر بخش
O	O	O	O	O	۱۷ کاپنوگراف برای هر بخش

● برای هر بخش

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۱۷: آزمایشگاه
E	E	E	E	E	۱ یک آزمایشگاه میکروشیمی باید ۲۴ ساعته در ارتباط با بخش باشد.
O	O	R	HR	HR	۲ یک تکنسین آزمایشگاه برای آزمایشگاه بخش مراقبت باید وجود داشته باشد. باید جواب آزمایش هماتوکریت، گلوکز خون، بیلی روبین توتال در نمونه سرم به سرعت و کاملاً قابل اعتماد، در دسترس باشد.
O	O	R	HR	HR	داشتن دستگاه تجزیه گازهای خون شریانی میکروسمپلر که قادر به اندازه گیری سدیم، پتاسیم، کلسیم، کلر، منیزیم، لاکتات، هموگلوبین، هماتوکریت، قند و BUN باشد
O	O	R	HR	HR	۳ داشتن تجهیزات برای اندازه گیری وزن مخصوص ادرار و دیگر مایعات لازم است. وجود یک آنالیزور گاز خون شریانی و نیز توانایی تخمین سدیم، پتاسیم، کلسیم و لاکتات سرم بسیار حیاتی است.
O	O	R	HR	HR	۴ تسهیلات برای CRP، شمارش لکوسیت توتال و آزمایش میکروسکوپی از اسمیر خون محیطی برای تشخیص عفونت، تسهیلات برای تخمین اسمولالیتی سرم در صورت وجود، مفید است.
O	O	R	HR	HR	۵ انجام آزمایش غربالگری دارویی و تعیین سطح سرمی امونیاک و اسمولالیتی سرم و ادرار در ۲ ساعت
O	O	R	HR	HR	۶ انجام آزمایش فسفر و منیزیم در عرض ۲ ساعت
O	O	R	HR	HR	۷ تهیه رنگ آمیزی گرم و کشت باکتریولوژی در دسترس ۲۴ ساعته
O	O	R	HR	HR	۸ دسترسی به آزمایشات ژنتیکی-متابولیکی-بیوشیمیایی مورد استفاده برای تشخیص بیماریهای ناشایع
O	O	R	HR	HR	۹ ارائه سرویس آزمایشگاهی ۲۴ ساعته

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پرینتال	استاندارد ۱۸: ثبت اطلاعات و مونیتورینگ
E	E	E	E	E	1 بخش، باید فرم های چاپ شده آماده که برای مشکلات بیمار تنظیم شده باشند
E	E	E	E	E	2 برای ارتقاء اثر بخشی بخش مراقبت ویژه نوزادان در ارائه خدمات حداقل هر ماه اطلاعات ثبت شده باید تجزیه و تحلیل آماری و بحث شود.
E	E	E	E	E	3 هر واحد مراقبت ویژه نوزادان باید پروتوکول های توافق شده و نوشته شده ای را برای پرسنل پزشکی و پرستاری بر اساس استانداردهای بالینی شامل جزئیات اعمال کلینیکی داشته باشد. این ها شامل پروتوکل هایی برای احیائی و اداره نوزادان بسیار نارس می باشند.
E	E	E	E	E	4 بخش باید دارای سیستم مونیتورینگ برای موربیدیتی کوتاه و دراز مدت برای نوزادان زنده مانده در موارد ۱- معاینه اولتراسوند مغزی، ۲- غربالگری و درمان برای ROP، ۳- غربالگری کاهش شنوایی و ۴- بررسی و مداخله در تکامل نوزادی باشد.
E	E	E	E	E	5 هر واحدی باید یک سیستم برای مونیتور نتایج اقدامات زیر داشته باشد. اطلاعات حداقل تشکیل دهنده گزارش سالیانه باید بر اساس موارد زیر که از روی وزن و سن حاملگی طبقه بندی شده اند باشد: (تعداد و مدت بستری/ تعداد نوزادان و مادرانی که جهت مراقبت به یا از واحد مادری ارجاع میشوند/ مورتالیتی زیر ۲۸ روز قبل از ترخیص از بیمارستان بر اساس نوع بیماری/ تعداد نوزادانی که تهویه مکانیکی دریافت میکنند و مدت آن/ تعداد نوزادانی که TPN دریافت میکنند و مدت آن/ اندازه گیری موربیدیتی کوتاه مدت شامل (۱- نشت هوای ریوی ۲- کشتهای مثبت خون و CSF ۳- تعداد نوزادانی که اکسیژن تکمیلی تا ۲۸ روزگی یا ۳۶ هفتگی دریافت می کنند/ PDA علامتدار و درمان با ایندومتاسین یا جراحی NEC و نیاز به جراحی/ آنومالی های تشخیص داده شده با سونوگرافی مغزی/ ROP و گرید و نیاز به درمان/ کاهش شنوایی حسی عصبی در غربالگری زود هنگام/ میزان معاینات پس از مرگ.)

۲ الف	۲ ب	۳ الف	۳ ب	پریناتال	استاندارد ۱۹: برنامه های آموزشی و برنامه های پیگیری
E	E	E	E	E	1 باید هر بخش مراقبت ویژه نوزادان، دستورالعمل های واضح، برای سیاست ها و نحوه کنترل بیماری ها و مشکلات شایع بخش در اختیار باشد. برنامه های آموزش پزشکی مداوم برای پزشکان و پرستاران در قالب سخنرانی، سمینار، مرور مقالات، گردهمایی و بحث گروهی باید باشد. برنامه های آموزشی مذکور، باید موضوعات مهمی را مانند احیاء، تثبیت نوزاد بد حال، تشخیص و درمان سندرم نشت هوا، جای گذاری کاتترشریانی، انجام تعویض خون و نگهداری و استفاده از ونتیلاتور را در بر داشته باشد.
HR	HR	HR	HR	HR	2 امروزه، اینترنت، بزرگترین منبع اطلاعاتی در جهان است. دسترسی به کامپیوتر در بخش با تسهیلات اینترنت مطلوب است. بعد از استقرار مناسب بخش مراقبت های ویژه نوزادان در منطقه، برنامه های آموزشی آن باید برای پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستانهای دیگر منطقه هم گسترش یابد.
E	E	E	E	E	3 باید جلسات مشترک با پزشکان متخصص زنان و ماماها در خصوص آمارهای پری ناتال و بیماران خاص پرخطر برگزار شود.
HR	HR	HR	HR	HR	4 ساماندهی یک کلینیک پیگیری، برای غربالگری، شنوایی و بینایی لازم است. کلینیک پیگیری باید قادر به ارائه اقدامات درمانی مناسب برای ناتوانی های جراحی و پزشکی گوناگون باشد. مستند سازی و تجزیه و تحلیل و برنامه های آموزشی و پیگیری کلید موفقیت بخش مراقبت ویژه نوزادان بوده و نه تنها باعث ارتقاء خدمات موجود می شود بلکه باعث بهبود برنامه ها در آینده خواهد شد.

تحت نظر نوزاد

مراقبت انتقالی در همان اتاق ریکاوری مادر به عنوان مثال اتاق ۱۲ LDR یا ۱۳ LDRP ممکن است ارائه شود. اگر مراقبت در نرسری جداگانه ای انجام شود اتاق باید شرایط زیر را داشته باشد:

- ۱- ۴۰ فوت مربع به ازای هر بیمار
- ۲- حداقل دو تخت تحت نظر
- ۳- روشنایی کافی و ترازو و ساعت دیواری
- ۴- تمام تجهیزات احیای مورد نیاز برای اتاقهای LDR و اتاقهای زایمان شامل موارد زیر:
- ۵- یک تخت احیای همراه گرم کننده
- ۶- یک ساعت یا تایمر
- ۷- یک مکان مشخص داخل اتاق جهت احیای نوزاد شامل یک خروجی اکسیژن، یک واکيوم و یک خروجی هوا و یک مخزن دوگانه واجد منبع کمکی، در قسمت احیا
- ۸- یک منبع جداگانه اکسیژن، هوای فشرده و ساکشن جدا از منبع مورد نیاز جهت مادر
- ۹- لارنگوسکوپ، لوله اندو تراکئال و بگ و ماسکهای ونتیلاسیون
- ۱۰- حداقل ۴۰ فوت مربع سطح به ازای هر نوزاد
- ۱۱- کاتترهای رگ گیری
- ۱۲- داروهای احیای در دسترس
- ۱۳- تجهیزات کافی برای تعیین هویت نوزاد
- ۱۴- پوشش محافظ برای محافظت در برابر مایعات بدن
- ۱۵- گوشی پزشکی کودکان

نرسری نوزادان سالم:

مراقبتهای معمول برای نوزادانی که به طور موفق با زندگی خارج رحمی تطابق یافته اند در همان اتاق مادر یا در یک اتاق جداگانه نرسری انجام میشود. اگر اتاق جداگانه‌ای به عنوان نرسری استفاده شود باید شرایط زیر را داشته باشد:

- ۱- نزدیک به اتاق POST PARTUM باشد.
- ۲- مساحتی به اندازه ۴۰ فوت مربع به ازای هر بیمار و حداقل ۳ فوت فاصله بین کاتها در هر جهت.
- ۳- یک خروجی دیواری دوگانه مشترک بین دو کات.
- ۴- یک خروجی اکسیژن و هوای فشرده و ساکشن برای هر ۴ کات.
- ۵- یک پرستار برای هر ۶ تا ۸ نوزاد.
- ۶- مراقبت باید توسط RN^{۱۴} یا یک پرستار زیر نظر یک RN^{۱۲} ارایه شود.
- ۷- تجهیزات احیای اورژانس باید در دسترس باشد.
- ۸- یک سینک دستشویی در ورودی هر نرسری و حداقل یک سینک برای هر ۶ کات

¹² Labor Delivery Recovery room

¹³ Labor Delivery Recovery Postpartum room

¹⁴ Registered nurse

نرسری مراقبت پیوسته:

برای نوزادانی که بیمار نیستند ولی نیاز به تغذیه متوالی یا نیاز به چند ساعت مراقبت پرستاری دارند، برای مثال

- نوزادان تحت نظر برای سپسیس،
- آنهایی که بخاطر TTN باید اکسیژن دریافت کنند
- نوزادان زرد نیازمند فتوتراپی

یک بخش نرسری مراقبت پیوسته تمام امکانات بخش نرسری نوزادان بعلاوه موارد زیر را داشته باشد:

- ۱- مساحتی به اندازه ۵۰ فوت مربع به ازای هر نوزاد
- ۲- حداقل ۴ فوت فاصله بین هر دو کات
- ۳- شش خروجی الکتریکی و یک خروجی اکسیژن و یک خروجی هوای فشرده به ازای هر تخت نوزاد
- ۴- یک پرستار به ازای هر ۳ تا ۴ بیمار
- ۵- فراهم کردن امکان ملاقات و مراقبت نوزادان توسط والدین

بخش هم اتاقی مادر و نوزاد (بخش بعد از زایمان):

در بخش دارای اتاقهای LDR، اتاقهای بعد از زایمان، اتاقهای LDRP، بخش نرسری سطح 1 یا نوزادان نیاز نمی باشد. هر بخش فوق باید امکانات زیر را داشته باشد:

- ۱- یک کات به ازای هر 2.5 تخت بعد از زایمان
- ۲- ۲۴ فوت مربع مساحت به ازای هر بیمار
- ۳- یک دستشویی به ازای هر ۶ کات در هر نرسری
- ۴- نزدیک بودن به ایستگاه پرستاری و وجود یک پنجره دید پرستاران
- ۵- یک خروجی دیواری دوگانه مشترک بین هر ۲ کات
- ۶- تمام تجهیزات احیای مورد نیاز اتاق زایمان و LDR

مراقبت بعد از زایمان ممکن است در همان واحدهایی که مادر و نوزاد مشترکا نگهداری میشوند صوت گیرد. این واحدها باید شرایط زیر را داشته باشند:

- ۱- ایده آل: هر اتاق برای یک بیمار ولی هیچگاه بیش از ۲ بیمار از اتاق استفاده نکنند.
- ۲- هر اتاق ۱ دستشویی، توالت و ۱ دوش داشته باشد.
- ۳- نوزادان داخل کات های متحرک نگهداری شوند
- ۴- تهیه تمام امکانات لازم جهت مراقبت نوزادان توسط والدین شان

سرویس های حمایتی بخش زایمان و هم اتاقی مادر و نوزاد:

یک سیستم حمایتی در تمام بخشهایی که برنامه های مراقبت اولیه نوزادان و مامایی دارند شامل موارد زیر باید در دسترس باشد:

- ۱- ایستگاه پرستاری باید در مکانی باشد که تمام افراد ورودی دیده شوند
- ۲- یک اتاق برای مدیر پرستاری بخش نوزادان و مامایی، بگونه ای که ملاقات کنندگان یا مدیر نباید از داخل بخش رد شوند.
- ۳- حداقل یک استریل کننده سریع برای تمام بخشهای زایمان

- ۴- اتاقهای سزارین و زایمان باید واجد مناطق جداگانه جهت تعویض لباس مرد و زن باشند.
- مناطق باید دارای قفسه، دوش، توالت، دستشویی و فضایی برای تعویض لباسهای تمیز باشند.
- مناطق تعویض لباس باید یک راه ورود و خروج داشته باشند بطوری که وقتی از خارج بخش زایمان داخل آن میشوند، بتوانند دوش گرفته، تعویض لباس کنند و مستقیم وارد راهروی استریل زایمان شوند
- ۵- یک محیط کار^{۱۰} دارای پیشخوان و سینک.

سرویس های تشخیصی و درمانی:

- سرویس تصویربرداری: تمام بخشهای مراقبت اولیه نوزادان باید امکانات زیر را داشته باشند:
 - ۱- تصویربرداری اشعه X معمول
 - ۲- یک دستگاه گرافی پورتابل ۲۴ ساعته با حداکثر زمان پاسخ یک ساعته
 - ۳- دسترسی به سونوگرافی ۲۴ ساعته
- سرویس آزمایشگاه: تمام برنامه های مراقبت اولیه نوزادان باید امکان دسترسی ۲۴ ساعته به آزمایشات بالینی زیر را داشته باشند:
 - ۱- توانایی micro-specimen^۲-بررسی انعقادی در عرض ۱ ساعت
 - ۲- توانایی انجام آزمایشات زیر:
 - ۱- CBC-DIFF-PLATELET
 - ۲- آنالیز ادراری
 - ۳- الکترولیتها(سدیم-پتاسیم-کلریدوبیکربنات)
 - ۴- BUN
 - ۵- کراتینین
 - ۶- گلوکوز
 - ۷- کلسیم
 - ۸- آنزیم های کبدی(ALT-AST)
 - ۹- PT
 - ۱۰- PTT
 - ۱۱- آنالیز مایع نخاعی
 - ۱۲- تعیین گروه خونی و گونه های ان^{۱۳}-غربالگری انتی بادی
 - ۱۳- تعیین ایمنی نسبت به سرخچه ۱۵-انتی بادی علیه ویروس هپاتیت B
 - ۱۴- آنتی ژن سطحی^{۱۷}-غربالگری سیفلیس
 - ۱۵- کشت استرپتوکوک گروه B و میکروبیشناسی پایه
 - ۱۶- سم شناسی
 - ۱۷- سطح خونی دارو
 - ۱۸- کشت ویروس هرپس
 - ۱۹- انجام آزمایش گاز خون شریانی در مدت ۳۰ دقیقه

¹⁵ medication area

علاوه بر برنامه های استاندارد فوق، سرویسهای زیر لزوما در تمام بیمارستانهای دارای برنامه های سطح ۱ نوزادان و مادران مورد نیاز نمی باشد: سرویسهای دارویی، سربس مراقبت تنفسی، سرویس تغذیه، درمان فیزیکی شغلی، سرویس پاتولوژی شنوایی و گفتاری، سرویس شیردهی، سرویسهای سایکولوژیک و کلاسهای پره ناتال

در تدوین ارائه ی مدل سطح بندی خدمات پریناتال در استانهای تهران و البرز که به سفارش اداره ی سلامت نوزادان در مرکز تحقیقات سلامت مادر، جنین و نوزاد بعمل آمد تلاش شد تا با استفاده از امکانات موجود از تجهیزاتی، فضای فیزیکی و نیروی انسانی حال حاضر بیمارستان ها، نقشه هایی برای حال و پیشنهادهای برای آینده ارائه گردد.

که در همین راستا ضمن تهیه ی پرسشنامه ای حاوی سئوالات مسیر ارجاع، کیفیت ارائه خدمات و اصول حاکمیت بالینی، در قالب پرسشنامه ی INFOPATH پایلوت در دو بیمارستان ولی عصر و حضرت رسول انجام شد. بعد از رفع نواقص طرح، آموزش تکمیل پرسشنامه در طی سه جلسه برای نمایندگان سه دانشگاه تهران (ایران)، شهید بهشتی، البرز انجام شد و سپس پرسشنامه با نظارت کارشناس مادران و کودکان حوزه ی معاونت درمان سه دانشگاه در همه ی بیمارستان ها تکمیل شد و سپس طی بازدیدی از همه ی مراکز واجد مراقبت ویژه نوزادان و بیمارستان های خارج از شهر تهران و ۱۰ درصد مراکز سطح ۲ و ۳ شهر تهران، بررسی شد که متعاقب آنالیز آماری، نتایج در اختیار یک متخصص سیستم اطلاعات جغرافیایی جهت تعیین شاخص مرکزیت هر بیمارستان قرار گرفت.

در این سیستم جهت تعیین شاخص مرکزیت به ازای جزییات امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی هر بیمارستان، امتیازی تعلق گرفت که مجموع آنها جایگاه هر بیمارستان را مشخص نمود.

- که با توجه به اینکه نمره حاصله، خام محسوب می شد در طی دو نوبت از صاحب نظران در مورد وزن هرکدام از امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی نظر سنجی شد و بر اساس یک متد آماری وزن دهی موارد انجام شد که نتیجه به قرار ذیل است: وجود بخش زایمان (15.9)
- تعداد تخت NICU (14.4)
- مقیم زنان (11.7)
- وجود پریناتولوژیست (11.0)
- مقیم اطفال (10.4)
- بیمارستان جنرال برای گروه زنان (7.8)
- وجود فلوشیپ های مختلف جراحی (5.4)
- آموزشی بودن (تریت رزیدنت) (5.1)
- آموزشی بودن (فلوشیپ، فوق تخصص) (5.0)
- سایر فلوشیپ های زنان (4.6)
- سایر فوق تخصص های کودکان (۴,۴)
- وضعیت بیمارستان ها (۴,۳)

که با استفاده از این نظام وزن دهی و به کمک متخصص جی آی اس نقشه ی ارجاعات و تعاریف سطوح طراحی شدند.

نکات مهم در تعیین مسیر ارجاعات

در این امر چند عامل مد نظر قرار گرفت:

- ارجاع مادر و نوزاد نیازمند به سطح بالاتر از بیمارستان دولتی صرفاً به بیمارستان دولتی دیگر باشد.
- ارجاع مادر و نوزاد نیازمند به سطح بالاتر از بیمارستان خصوصی به بیمارستان دولتی یا خصوصی دیگر باشد.

- ارجاع مادر و نوزاد نیازمند به سطح بالاتر از بیمارستان وابسته به ارگانها و سازمانها به بیمارستان وابسته به ارگانها و سازمانها یا بیمارستانهای دولتی دیگر باشد.
- ارجاع مادر و نوزاد نیازمند به سطح بالاتر از بیمارستان های وابسته به هرکدام از دانشگاههای علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی و البرز به بیمارستان های دیگر تابع همان دانشگاهها باشد.
- برای ارجاع نوزادان نیازمند به جراحی، مداخلات چشم پزشکی، بیماریهای قلبی با توجه به محدودیت شدید مراکز ارائه دهنده ی این نوع خدمات، فارغ از تمام مرزبندی های فوق الذکر نقشه های مجزایی طراحی شد.
- با توجه به اینکه چند بیمارستان سطح ۳ دانشگاهی، صرفاً به ارائه خدمت به کودکان و نوزادان می پردازند، و با این حساب در مرحله محاسبه امتیاز و رتبه بندی نمره کامل دریافت نمی کردند، در
- ۱. مرحله ی تعیین مسیر ارجاعات، ارجاع مادر و نوزاد از هم جدا گانه در نظر گرفته شد و در نتیجه برای یک بیمارستان سطح ۲ که مادر و نوزاد احتیاج به خدمات سطح بالاتر داشتند، بیمارستان های سطح ۳ مجزا برای مادر و نوزاد هم در نظر گرفته شد.
- با توجه به معضلات مربوط به کمبود منابع و اعتبارات دولتی، سعی شدحتی الامکان از امکانات موجود با حداقل تغییرات، نهایت بهره وری انجام شود.

تغییرات پیشنهادی :

در دانشگاه علوم پزشکی ایران :

- ۱- بیمارستان تامین اجتماعی شهریار به سطح ۳ ارتقا یابد.
- ۲- بیمارستان فیروز آبادی به سطح ۲ ارتقا یابد.
- ۳- بیمارستان فاطمه زهرا (س) رباط کریم به سطح ۲ ارتقا یابد.

در دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ۱- ارتقای بیمارستان آرش به 3b
- ۲- بیمارستان مرکز طبی که بدلیل فقدان بخش مادران ،امتیاز 3a گرفته اما برای نوزادان 3b می باشد.
- ۳- بیمارستان امام رضا (ع) اسلامشهر به سطح 3a ارتقا یابد.

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

- ۱- ارتقای بیمارستان دماوند به سطح 3a
- ۲- ارتقای بیمارستان شهدای تجریش به 3b

دانشگاه علوم پزشکی البرز

۱. ارتقای بیمارستان کمالی به سطح 3b

ضمناً با توجه به محدودیت تجهیزاتی و نیروی انسانی در زمینه های جراحی اطفال ،معاینات چشم پزشکی و جراحی قلب اطفال و نوزادان حداقل در ۴ دانشگاه علوم پزشکی استان های تهران و البرز یک مرکز تجهیز و به این کار اختصاص یابد .

جدول رتبه دهی بیمارستان های مادر و کودک استان های تهران و البرز

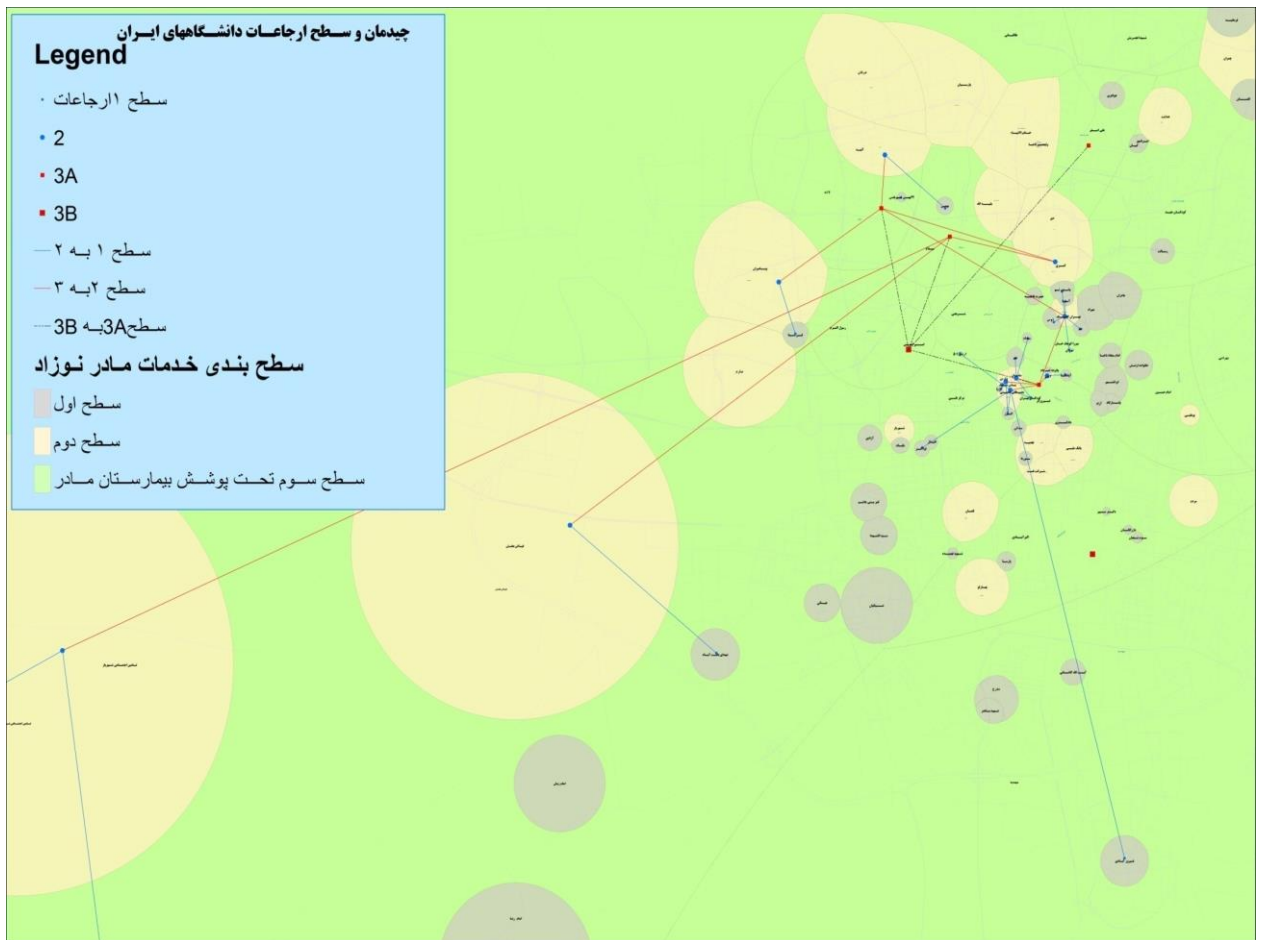
حوزه تقوید بیمارستانهای سطح سه مکان تهران یا سراسر ایران باشد اما از نظر ارجح سطح یک باشد و بر مبنای آن نظر تجزیه و خدمات نیز از اولویت B به A می باشد

			3	
			بیمارستان سطح 3A	بیمارستان سطح 3B
1			A.1 بیمارستان سطح 2A	B.2 بیمارستان سطح 2B
A.1 بیمارستان سطح 1A	B.1 بیمارستان سطح 1B			
سجده (ع)	جواهری	المغیر	خاکه الالباب (من) ۰۴۹۱	میهن ۰۵۱۵
تهران	شبان	توس	چهران (ع) ۰۴۴۱	روین تن ارغ ۰۴۴۳
اریا	ایرانپور	عمرآه	کسری ۰۱۷	فیروزا کوچک خان ۰۴۱۱
شهید فهمیده	ولیعصر (ع) ناجا	ایرانپور	تهران کلینیک ۰۱۷	فرزاد طیب ۰۴۱۱
مکتب سینا	رسالت	ایت الله کاشانی	پارس ۰۱۶۹	فرزاد طیب ۰۴۱۱
شهید بافت آباد	اسیا	طیبات	سازمان ۰۱۶	بیت الله (ع) ۰۳۰
دانشکده	ج.د	خداوند ارغ	ایمان ۰۱۴	تهران پارس ۰۲۷۸
حضرت قاضی (من) ماهواره	الهی	عمر	شهریار ۰۱	بیمارستان ۰۲۸۷
این سینا	پژوه خواجه ورامین	عرب ۰۱۶	پوچلی ۰۱۹	مصطفی خمینی ۰۱۵
قاضی زعفران (من) ریاض کریم	پادشاه	یاغری	عرب ۰۱۶	نجیبه ۰۲۷
زوجه پناهندگی	پایک	یاغری	پاتک من ۰۲۲	حرفان ۰۲۷
اماد حلی (ع)	ایمان	الهی	لنگان ۰۲۹	هی ۰۲۹
قادر (ع)	مادان	کامین احمدی شهریار ۰۱۹۷	پهزانو ۰۲۷	شهید فتح ورامین ۰۲۶
اماد جعفر مصفا (ع)	سور فهان	بخت	فاران	کدانی ۰۲۷
دو کلینیک	فیروز آبادی	تیکان	بخت	۰۴۴=۵۷
اماد حسن فحیحی (ع)	آرا	کسری	کسری	۰۴۹=
طریحی	نوازش	فرکت نقد ۰۲۳	فرکت نقد ۰۲۳	۰۴۴=۵۷
اماد زمان (ع)	آزادی	صبا ۰۲۴۶	صبا ۰۲۴۶	حضرت حلی اصغر (من) ۰۴۴=
حیاتی	قهر بنی عاتق (ع)			
ارغش 601	سید الشهدا (ع)			
بابی سید	ایمان			
توشان تهران	باصغر نو			
	شهید یاغری			
	اماد رضا (ع)			
	اماد خلیف (رد) فیروز کوه			
	اماد سجاد (ع) شهریار			
	سور فهان ماهواره			
	اماد خلیف			
	آرا (من)			
	اماد سجاد ناجا			
	پاروژشان			
	ششدان			
	12 پنهان شهرکس			
	پارسا			
	سوزنا			

ID	گوناگون ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	جهت ارجاع
0		2245.1606	بهمن	ایران	تهران	خصوصی	0.1429353	آتیه	ارجاع از به
1		1472.0752	ابن سینا	ایران	تهران	خصوصی	0.052271903	بیامبران	ارجاع از به
2		403.7533	آسیا	ایران	تهران	خصوصی	0.059207496	تهران کلینیک	ارجاع از به
3		351.6697	توس	ایران	تهران	خصوصی	0.153578274	تهران کلینیک	ارجاع از به
4		922.2858	تهران	ایران	تهران	خصوصی	0.049695541	تهران کلینیک	ارجاع از به
5		551.3742	جم	ایران	تهران	خصوصی	0.092845575	تهران کلینیک	ارجاع از به
6		670.287	پاستور نو	ایران	تهران	خصوصی	0.071822416	تهران کلینیک	ارجاع از به
7		246.1951	آریا	ایران	تهران	خصوصی	0.049695541	پارس	ارجاع از به
8		1515.1715	۵۰۱ ارتش	ایران	تهران	وابسته به ارگانها	0.047302107	مصطفی خمینی	ارجاع از به
9		120.405	یاس سیند	ایران	تهران	خصوصی	0.045805232	پارس	ارجاع از به
10		1118.4655	سجاد(ع)	ایران	تهران	خصوصی	0.052271903	سازان	ارجاع از به
11		527.5972	میر	ایران	تهران	خصوصی	0.113108694	سازان	ارجاع از به
12		615.8947	البرز	ایران	تهران	خصوصی	0.062835016	مصطفی خمینی	ارجاع از به
13		13019.07	فیروز آبادی	ایران	تهران	دولتی	0.064676592	اکبر آبادی	ارجاع از به
14		2954.9079	نولاگر	ایران	تهران	دولتی	0.08307493	مصطفی خمینی	ارجاع از به
15		605.4213	کودکان تهران	ایران	تهران	خصوصی	0.022337106	مصطفی خمینی	ارجاع از به
16		522.1422	آبادانا	ایران	تهران	خصوصی	0.075134588	آبان	ارجاع از به
17		5414.5047	شهدای یافت آباد	ایران	تهران	دولتی	0.037555692	فیاض بخش	ارجاع از به
18		11519.7356	امام سجاد (ع) شریار	ایران	شریار	دولتی	0.067884673	تامین شریار	ارجاع از به
19		15071.2961	فاطمه زهرا (س) رباط کریم	ایران	رباط کریم	دولتی	0.057738949	تامین شریار	ارجاع از به

ID	گوناگون ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	ملاحظات	جهت ارجاع
0		1988.0578	تهران کلینیک	ایران	تهران	خصوصی	0.173285436	فیروز گر		ارجاع از به
1		950.5548	پارس	ایران	تهران	خصوصی	0.169872247	فیروز گر		ارجاع از به
2		672.162	سازان	ایران	تهران	خصوصی	0.164220224	فیروز گر		ارجاع از به
3		828.1068	مصطفی خمینی	ایران	تهران	وابسته به ارگانها	0.256987986	فیروز گر		ارجاع از به
4		336.5377	آبان	ایران	تهران	خصوصی	0.166848118	فیروز گر		ارجاع از به
5		3084.2677	کسری	ایران	تهران	خصوصی	0.174023296	مولاد		ارجاع از به
6		1440.0112	آتیه	ایران	تهران	خصوصی	0.296012225	لاله		ارجاع از به
7		3536.5616	بیامبران	ایران	تهران	خصوصی	0.28715212	حضرت رسول اکرم		ارجاع از به
8		12322.7428	فیاض بخش	ایران	تهران	تأمین اجتماعی	0.333776099	مولاد		ارجاع از به
9		26229.5281	تأمین اجتماعی شریار	ایران	شریار	تأمین اجتماعی	0.197365152	فیاض بخش	تلاش در جهت ارتقا به سطح ۳	ارجاع از به
10		0					0	لاله		ارجاع از به
11		0					0	لاله		ارجاع از به

ID	گوناگون ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	جهت ارجاع
0		3839.7968	فیروزگر	ایران	تهران	دولتی	0.461014668	حضرت رسول اکرم	ارجاع از به
1		3258.3115	مولاد	ایران	تهران	تأمین اجتماعی	0.585897355	حضرت رسول اکرم	ارجاع از به
2		3886.1379	لاله	ایران	تهران	خصوصی	0.459178216	حضرت رسول اکرم	ارجاع از به
3		7521.0077	حضرت علی اصغر (ص)	ایران	تهران	دولتی	0.461300661		ارجاع از به



دانشگاه علوم پزشکی تهران

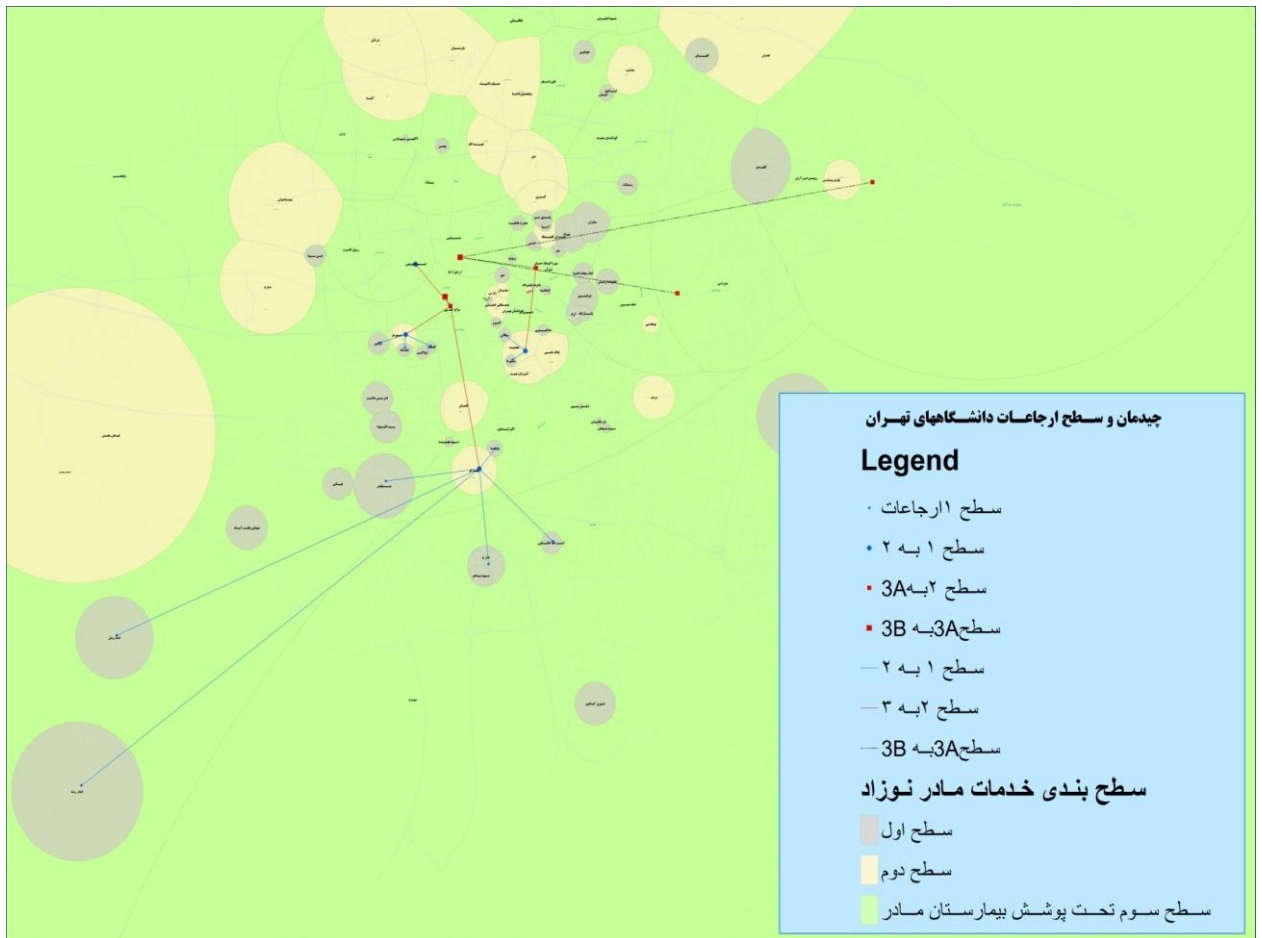
سطح یک

ID	گوناگون ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	تولرانس دانشگاه	تولرانس بیمارستان	جهت ارجاع
0		415.3241	بابک	تهران	تهران	خصوصی	0.09158726	تهریار			ارجاع از به
1		922.3449	اقبال	تهران	تهران	خصوصی	0.085620914	تهریار			ارجاع از به
2		912.1604	آزادی	تهران	تهران	خصوصی	0.099733734	تهریار			ارجاع از به
3		852.8338	مدائن	تهران	تهران	خصوصی	0.062783483	نجمیه			ارجاع از به
4		513.5852	سورنا	تهران	تهران	خصوصی	0.067777508	نجمیه			ارجاع از به
5		3033.155	مفرح	تهران	تهران	خصوصی خیریه	0.110585915	بهارلو			ارجاع از به
6		3366.5878	آیت الله کاشانی	تهران	تهران	تامین اجتماعی	0.142488558	بهارلو			ارجاع از به
7		3156.3027	ضیائیان	تهران	تهران	دولتی	0.132213489	بهارلو			ارجاع از به
8		16684.7475	امام رضا (ع)	تهران	اسلامشهر	تامین اجتماعی	0.078658017	بهارلو			ارجاع از به
9		13249.139	امام زمان (عج)	تهران	اسلامشهر	خصوصی	0.051828236	بهارلو			ارجاع از به
10		840.2458	پارسیا	تهران	تهران	خصوصی	0.061942556	بهارلو			ارجاع از به

ID	کوتاه ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	تولرانس دانشگاه	تولرانس بیمارستان	جهت ارجاع
0		2646.2179	نجمیه	تهران	تهران	سیاه	0.27094108	میرزا کوچک خان	یا مرکز طب		ارجاع از به
1		1768.0638	امیرالمؤمنین (ع)	تهران	تهران	خصوصی وابسته به دانشگاه آزاد	0.17928011	مرکز طب			ارجاع از به
2		1748.2827	شهریار	تهران	تهران	خصوصی	0.20526999	مرکز طب			ارجاع از به
3		5233.9899	بهارلو	تهران	تهران	نولتی	0.17946406	ولی عصر			ارجاع از به

ID	کوتاه ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	تولرانس دانشگاه	تولرانس بیمارستان	ملاحظات	جهت ارجاع
0	Dist in KM / Time in KM	14026.2695	روین تن آرش*	تهران	تهران	نولتی	0.46427531	شریعی	ولی عصر		ارتفاع از ۲ به ۳ - ارزش لفظ جهت ارجاع مادر به شریعی مراجع شود	ارجاع از به
1	Dist in KM / Time in KM	2560.3812	میرزا کوچک خان	تهران	تهران	نولتی	0.47988808	شریعی	ولی عصر			ارجاع از به
2	Dist in KM / Time in KM	7371.093	بهراسی	تهران	تهران	نولتی	0.43100103	آرش	ولی عصر		بهراسی ، نوزاد به آرش ارجاع می شود - در صورت کمبود تخت	ارجاع از به
3	Dist in KM / Time in KM	346.3868	مرکز طب	تهران	تهران	نولتی	0.48245521	مرکز طب			بیمارستان مرکز طب سطح ۲ امتیاز گرفته اما بیمارستان ۳ مستقل در نظر گرفته شده	ارجاع از به

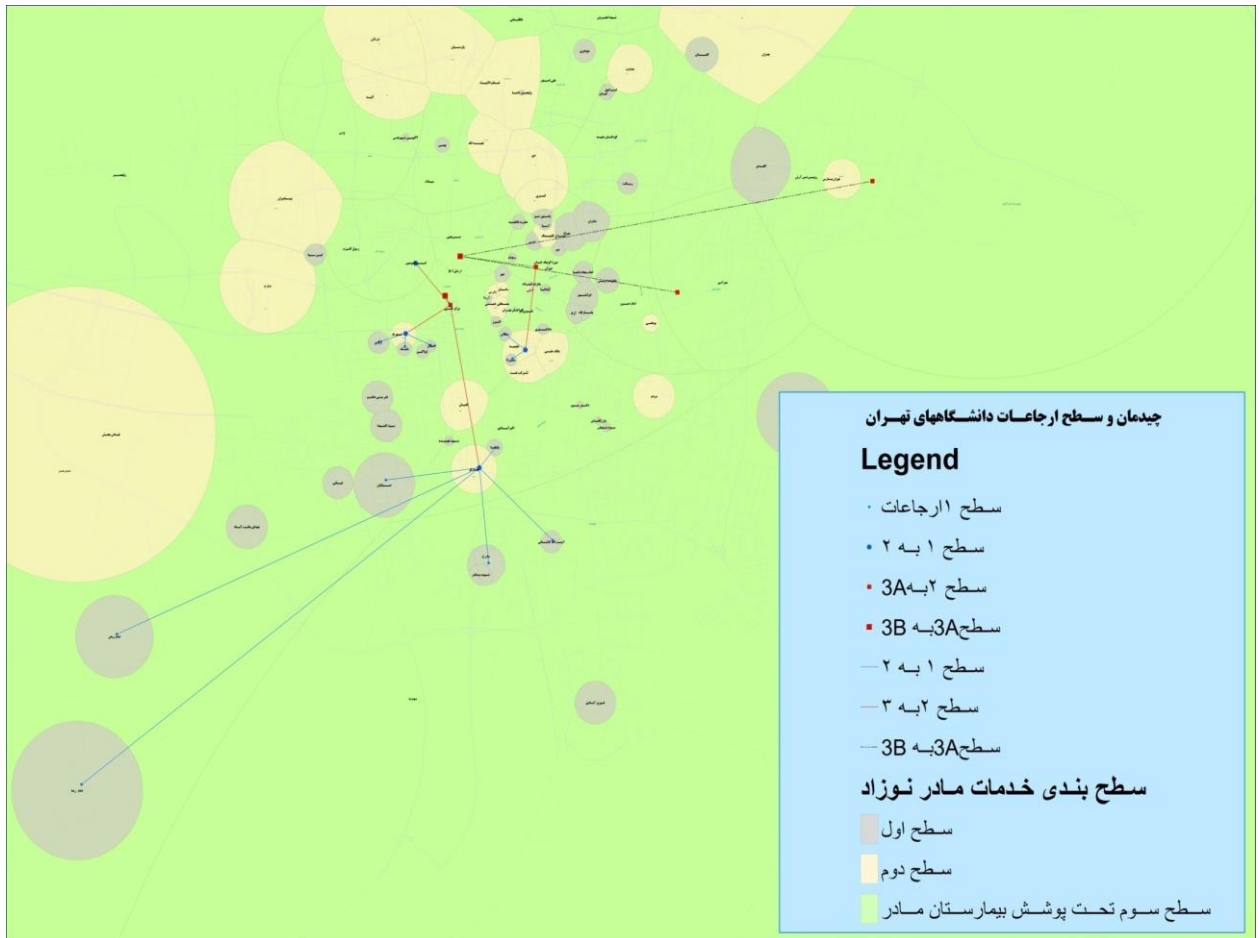
توسعه و ارتقاء بیمارستان سطح ۳ تهران : ارزش بیمارستان توسعه به سطح ۳ برای توزیع و دسترسی بهینه مادر نوزاد در نظر گرفته شده *



ID	کودکانه ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	تولانس دانشگاه	تولانس بیمارستان	ملاحظات	جهت ارجاع
0	0	284.1122	دایمی (مجن نادیا)	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.091907326	مطر انا				ارجاع از به
1	0	1694.0324	دایم	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.085542077	مدنه				ارجاع از به
2	0	822.8552	حن	تهه بنتی	خرن	مسر	0.07983852	مدنه				ارجاع از به
3	0	753.8286	ارنر	تهه بنتی	خرن	مسر	0.089487211	مدنه				ارجاع از به
4	0	5252.8526	نصر	تهه بنتی	خرن	خره	0.118297882	مدنه				ارجاع از به
5	0	3230.875	رند	تهه بنتی	خرن	مسر	0.080225442	مدنه				ارجاع از به
6	0	2803.2706	مسر هف (م سامه)	تهه بنتی	خرن	خره	0.045881859	مراه				ارجاع از به
7	0	2232.922	ارنر	تهه بنتی	خرن	مسر	0.129649407	مدنه				ارجاع از به
8	0	1722.0782	مطر- ارت	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.132540291	مدنه				ارجاع از به
9	0	3883.8824	مارن	تهه بنتی	خرن	مسر	0.109423829	مدنه				ارجاع از به
10	0	2705.326	نام دایه نادیا	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.077285233	مدنه				ارجاع از به
11	0	1734.8226	ممر نام	تهه بنتی	خرن	خره	0.088822259	ممر				ارجاع از به
12	0	1879.8317	ارنر	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.088790107	ممر				ارجاع از به
13	0	4721.2427	بند	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.133728842	ممر				ارجاع از به
14	0	8996.8479	ممر نام سامه	تهه بنتی	خرن	مراه	0.087487744	نام حسن	خره			ارجاع از به
15	0	1780.8375	گشت	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.075028289	چرن				ارجاع از به
16	0	808.8287	نهر	تهه بنتی	خرن	مسر	0.110272805	چرن				ارجاع از به
17	0	1288.8826	مطر	تهه بنتی	خرن	مسر	0.129423239	چرن				ارجاع از به
18	0	2216.4081	مراه- مراه مراه	تهه بنتی	مراه	مراه	0.079242299	بند مراه				ارجاع از به
19	0	3803.8891	مراه	تهه بنتی	خرن	مسر	0.187853881	بند مراه				ارجاع از به
20	0	1959.8894	ارنر	تهه بنتی	خرن	مسر	0.072827187	بند مراه				ارجاع از به
21	0	2014.8341	مراه مراه	تهه بنتی	خرن	مسر	0.081425078	بند مراه				ارجاع از به
22	0	1773.8924	اره	تهه بنتی	خرن	مسر	0.075808834	بند مراه				ارجاع از به
23	0	814.8884	دشتر	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.040880837	بند مراه				ارجاع از به
24	0	1383.2188	تهه مراه	تهه بنتی	خرن	مراه	0	بند				ارجاع از به
25	0	2889.0772	مراه مراه (مراه)	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.10120228	بند				ارجاع از به
26	0	2882.8708	مراه مراه (مراه)	تهه بنتی	خرن	خره	0.084848817	بند				ارجاع از به
27	0	5379.8827	تهه مراه	تهه بنتی	خرن	دایه به ارگنا	0.078813841	بند				ارجاع از به
28	0	4942.8919	مراه	تهه بنتی	خرن	خره	0.0418029729	بند				ارجاع از به
29	0	107800.1247	نام مراه (مراه) مراه مراه	تهه بنتی	مراه	مراه مراه	0.028418782	مراه	مراه	مراه	توسط مراه از سطح 2 تا 3	ارجاع از به
30	0	27708.1182	مراه مراه	تهه بنتی	مراه	مراه	0.040448276	مراه				ارجاع از به
31	0	0	مراه				0	مراه				ارجاع از به
32	0	0	مراه				0	مراه				ارجاع از به
33	0	0	مراه				0	مراه				ارجاع از به
34	0	0	مراه				0	مراه				ارجاع از به
35	0	0	مراه				0	مراه				ارجاع از به
36	0	0	مراه				0	مراه				ارجاع از به

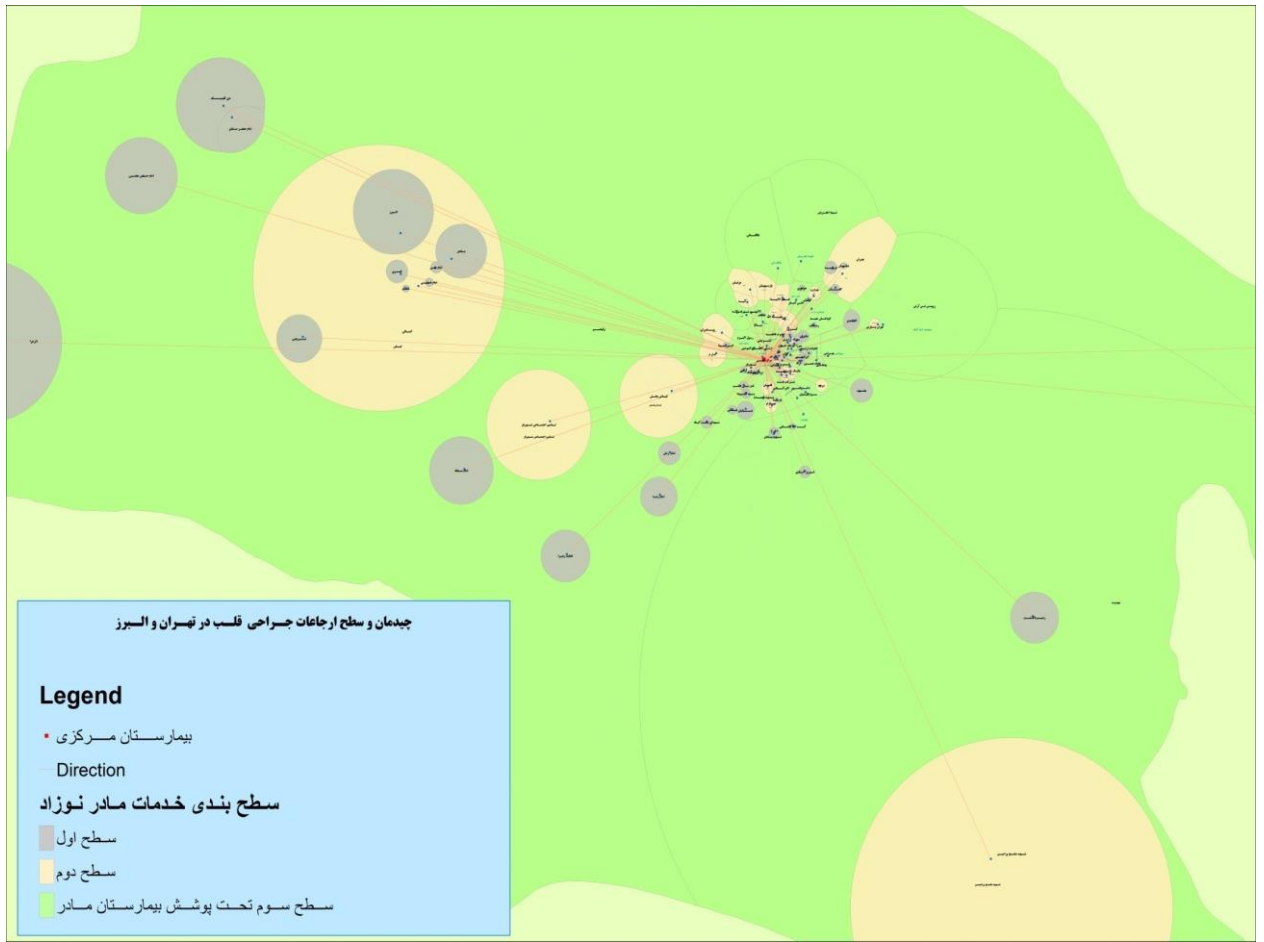
ID	کودکانه ترین / دورترین	فاصله از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان	شاخص نرمال	بیمارستان مرکزی	تولانس دانشگاه	تولانس بیمارستان	ملاحظات	جهت ارجاع
0	0	1462.9584	دایه	شهید بهشتی	نهران	تامین اجتماعی	0.19439461	کودکان مفید				ارجاع از به
1	0	4600.8125	بقیه الله (مراه)	شهید بهشتی	نهران	وابسته به ارگنا	0.30071616	کودکان مفید				ارجاع از به
2	0	8050.3028	نهران مراه	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.2784043	کودکان مفید				ارجاع از به
3	0	3373.0132	دی	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.29656408	کودکان مفید				ارجاع از به
4	0	3920.908	شرکت نفت	شهید بهشتی	نهران	وابسته به ارگنا	0.23496213	امام حسین				ارجاع از به
5	0	569.9805	مراه	شهید بهشتی	نهران	وابسته به ارگنا	0.19071043	امام حسین				ارجاع از به
6	0	2912.0035	مراه	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.16427483	امام حسین				ارجاع از به
7	0	3433.5527	دایه مراه	شهید بهشتی	نهران	وابسته به ارگنا	0.22715831	امام حسین				ارجاع از به
8	0	6465.7953	نهران	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.21018005	امام حسین				ارجاع از به
9	0	59690.8235	شهید مراه مراه	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.26248029	مراه				ارجاع از به
10	0	11935.3269	مراه	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.24615901	مراه	مراه	مراه	مراه	ارجاع از به
11	0	5132.0883	چهران	شهید بهشتی	نهران	وابسته به ارگنا	0.34814966	شهید مراه				ارجاع از به
12	0	3358.246	مراه (مراه)	شهید بهشتی	نهران	وابسته به ارگنا	0.39889738	مراه			مراه	ارجاع از به
13	0	4055.2757	مراه	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.27530031	مراه			مراه	ارجاع از به
14	0	2537.3896	مراه	شهید بهشتی	نهران	مراه	0.36680361	مراه			مراه	ارجاع از به

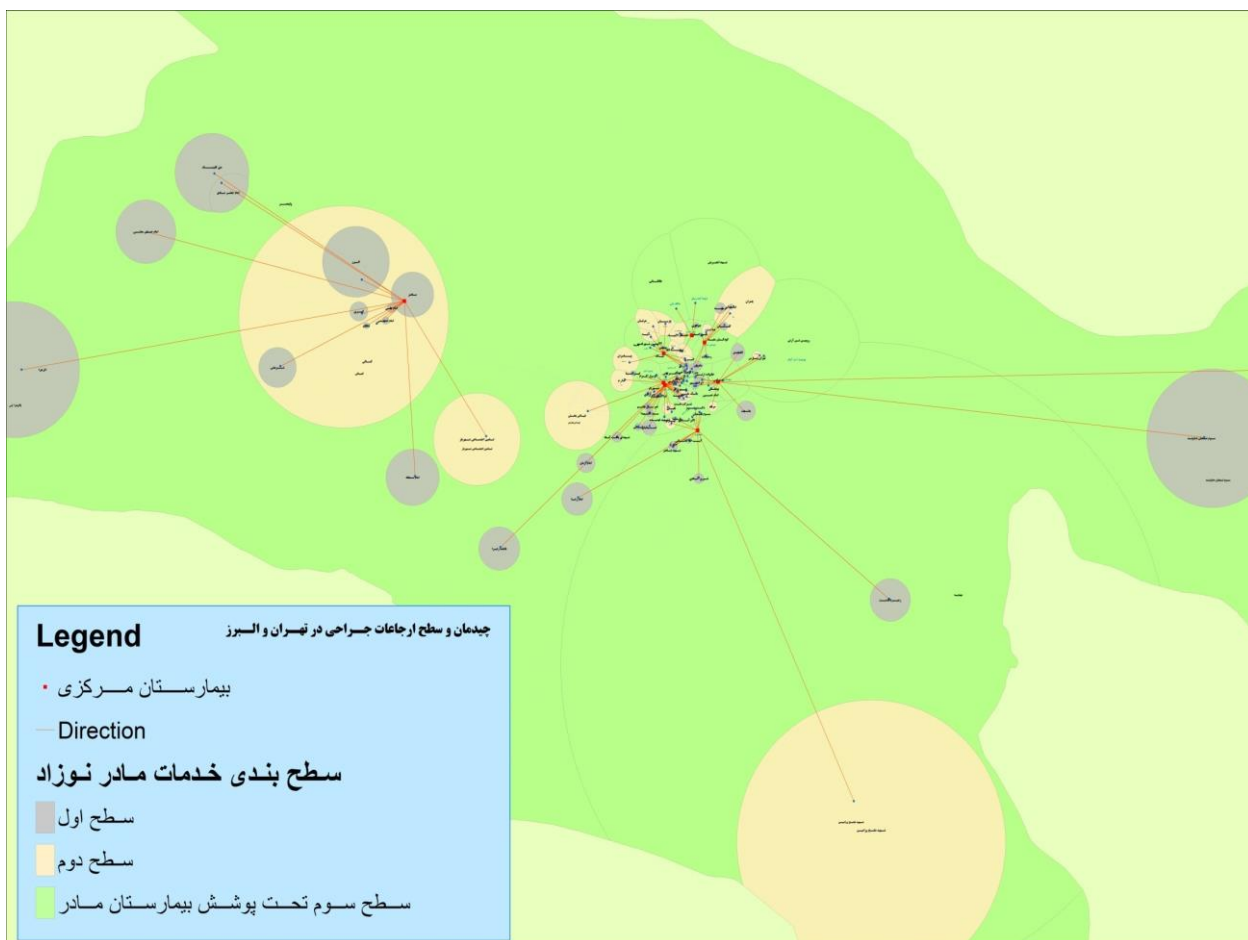
ID	کودکانه / فورنودن	فکاهه از بیمارستان مرکزی	نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	والمعت بیمارستان	شاملی شمال	بیمارستان مرکزی	نویانس دانشگاه	نویانس بیمارستان	ملاحظات	جهت ارجاع
0		11865.7889	کودکان امین	شهید بهشتی	تهران	آموزشی درمانی	0.49044402	کازگروه خیرگان در صورت نیاز	کازگروه خیرگان	در صورت کمبود تخت به بیمارستان دیگری	ارجاع از به	
1		6239.1494	امیر حسن (ع)	شهید بهشتی	تهران	آموزشی درمانی	0.50426982	کازگروه خیرگان در صورت نیاز	کازگروه خیرگان	در صورت کمبود تخت به بیمارستان دیگری	ارجاع از به	
2		17152.3817	شهنا تهران	شهید بهشتی	تهران	آموزشی درمانی	0.48490223	کازگروه خیرگان در صورت نیاز	کازگروه خیرگان	در صورت کمبود تخت به بیمارستان دیگری	ارجاع از به	
3		16649.3772	خلیقی	شهید بهشتی	تهران	آموزشی درمانی	0.49156286	کازگروه خیرگان در صورت نیاز	کازگروه خیرگان	در صورت کمبود تخت به بیمارستان دیگری	ارجاع از به	

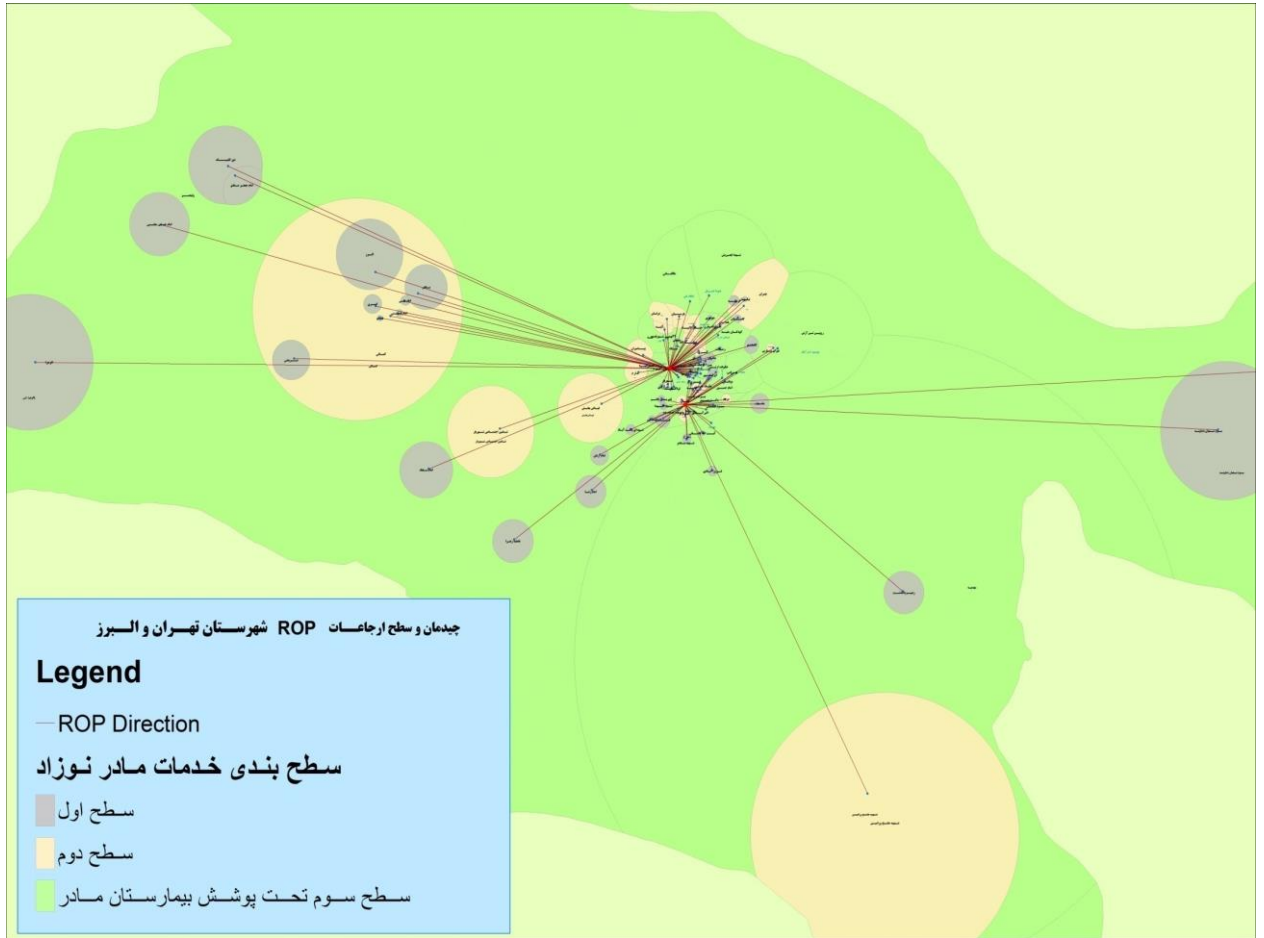


نام بیمارستان	دانشگاه	شهر	وضعیت بیمارستان
البرز	البرز	کرج	تامین اجتماعی
امام حسن مجتبی	البرز	نظر آباد	خصوصی
امام جعفر صادق	البرز	ساوجبلاغ	دولتی
دی کلینیک	البرز	هشتگرد	خصوصی
قائم	البرز	کرج	خصوصی
الزهرا	البرز	استهبان	دولتی
سریجتی	البرز	کرج	دولتی
امام خمینی	البرز	کرج	خصوصی
باهنر	البرز	کرج	دولتی
کسری	البرز	کرج	خصوصی
امام علی	البرز	کرج	دولتی

بیمارستان	دانشگاه	شهر	نوع	ارجاع به
کمالی	البرز	کرج	دولتی	طالقانی







روش تعیین نقشه کشوری سطح بندی خدمات پری ناتال

جمع آوری داده های مورد نیاز: فهرست 336 شهرستان و جمعیت شهری، روستایی و غیرساکن آنها از گزارش های سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال 1385 به دست آمد. جهت کسب اطلاع از الگوی ارجاع بیماران پری ناتال در تیرماه 1386 پرسشنامه ای حاوی سؤالاتی در زمینه عوارض و موربیدیتی های مهم حاملگی و زایمان به تمامی مراکز زایمانی کشور ارسال شد. در این پرسشنامه که پس از تکمیل باید به تأیید پرستار و پزشک مسؤول بخش می رسید از مراکز خواسته شد که رویکرد خود در ارجاع بیماران مبتلا به عوارض حاملگی و زایمان و همین طور مکان های اصلی ارجاع را مشخص نمایند. موارد عدم پاسخ به پرسشنامه فوق الذکر با استفاده از اطلاعات الگوی ارجاع موجود در بانک اطلاعاتی سطح بندی خدمات بستری وزارت بهداشت تکمیل شد. تعداد تولد زنده به تفکیک شهرستان از گزارش سال 1385 سازمان ثبت احوال کشور به دست آمد.

ناحیه خدمات پری ناتال (PCR):

تحلیل مناطق کوچک روشی است که جهت بررسی و تخصیص امکانات به مناطق جمعیتی بزرگ به کار می رود. در این تحلیل مناطق جغرافیایی بر اساس قراردادهای مرزهای شهرستان ها و استان ها، الگوهای عملکردی مثلاً رفتار طبیعی جمعیت و یا ترکیبی از این دو به تعدادی منطقه کوچک تقسیم و به عنوان واحد آنالیز استفاده می شوند. این روش تحقیق در مطالعات اقتصادی که در آنها توزیع خدمات و یا بررسی تفاوت های ناحیه ای اهمیت دارند کاربرد وسیعی دارد. در این مطالعه به عنوان ناحیه جمعیتی و (PCR) ناحیه خدمات پری ناتال جغرافیایی شامل چندین شهرستان که در آن امکانات مناسب برای پاسخگویی به نیازهای سطوح سه گانه خدمات نوزادی و مادران پری ناتال وجود دارد تعریف گردید. شهرستان های هر ناحیه به چهار دسته تقسیم شدند:

1. شهرستان سطح سه: حداقل یک شهرستان که در آن خدمات سطح سه علاوه بر سطوح دو و یک ارائه می شوند. یک شهرستان سطح سه مرکز PCR خواهد بود.
2. شهرستان سطح دو: شهرستان هایی که در آنها خدمات سطوح دو و یک ارائه می شوند
3. شهرستان های سطح 1 ب: شهرستان هایی که در آنها خدمات سطوح یک ارائه می شوند اما فاصله آنها از سطح بالاتر در حدی است که امکانات ویژه انتقال را ضروری می سازد
4. شهرستان سطح یک: بقیه شهرستان ها که در آنها ارائه خدمات سطح یک ضروری است.

شاخص های اختصاص سطح سه در یک نقطه جغرافیایی:

شاخص اول: هر بخش NICU باید حداقل دارای تعداد مشخصی تخت باشد تا تأسیس آن از نظر هزینه تحمیلی به نظام سلامت و هزینه - اثربخشی منطقی باشد (تأمین ارتباط حجم - پیامد و اقتصاد اندازه)

شاخص دوم: هر ناحیه جمعیتی (شهرستان) که نیاز آن به تخت در حدی است که کمینه تعداد تخت مورد نیاز برای NICU را تأمین می کند واجد شرایط تأسیس NICU، تأسیس یک بخش و در نتیجه شناسایی به عنوان سطح سه خدمت NICU بخش است.

شاخص سوم: در صورتی که نیاز ناحیه جمعیتی (شهرستان) به تنهایی برای تأسیس NICU کفایت نمی کند یک بخش شهرستان از میان مجموعه ای از شهرستان های مجاور که این حداقل نیاز را ایجاد می کنند به عنوان سطح سه شناخته می شود.

شاخص چهارم: در صورت وجود شرایط شاخص سوم، شهرستانی به عنوان سطح سه تعیین می شود که در مجموع های از متغیرها (نیاز به تخت، فاصله دیگر شهرستان ها با آن، وضعیت راه ها و امکانات موجود بیمارستانی) شرایط بهینه را تأمین می کند (با هدف توزیع برنامه ریزی شده، عدالت در دسترسی و هزینه -اثربخشی است و شرایط حداقل انتقال مادر و نوزاد).

تخمین نیاز به تخت:

نیاز به تخت NICU به دو روش محاسبه شد:

۱. بر مبنای تخمین میزان تولد نوزاد بسیار کم وزن در NICU کشور، با توجه به آن که استفاده کننده اصلی تخت های این گروه از نوزادان هستند. برای محاسبه نیاز به تخت بر مبنای فوق و فرمول محاسبه زیر تعریف شد:

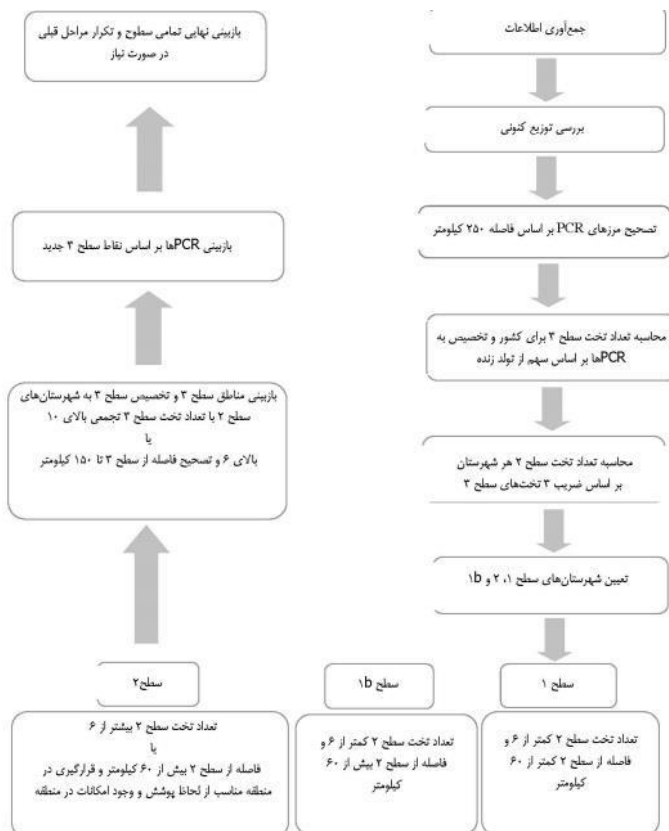
$$C = (VLBWcount * meanLOSvlbw) / (365 * U) = (LiveBirthcount * VLBWrate * meanLOSvlbw) / (365 * U)$$

در این فرمول LOS بیانگر مدت زمان بستری، و U شاخصی است که به منظور نشان دادن روزهای فعال تخت در طول سال به کار می رود و به عنوان جایگزین عددی آن می توان از حداقل ضریب اشغال تخت قابل قبول (که می توان آن را 75% در نظر گرفت) استفاده کرد. برای تخمین میزان بروز تولد بسیار کم وزن (VLBW) نتایج تحقیقات انجام شده در کشور مرور شدند. تخمین نرخ تولد نوزاد بسیار کم وزن در کشور بر مبنای نتایج مطالعه کشوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حد 1/1% است. تعداد تخت محاسبه شده به این روش با متوسط بستری 20 روز 1009 تخت برآورد شد.

۲. تعداد تخت مورد نیاز نوزادان زنده نیز محاسبه شد که در آن از دیدگاه منابع تخصصی نوزادان استفاده شد. از جمله این استنادها پیشنهاد پاول و سینگ در کشورهای در حال توسعه است که در آن نیاز به تخت را یک تخت NICU به ازای 1000 تولد زنده دانسته اند. تخت مورد نیاز ابتدا برای هر شهرستان محاسبه و سپس تعداد جمعی مورد نیاز استان یا ناحیه خدمات پری ناتال مشخص شد. محاسبه تخت مورد نیاز به این روش با توجه به تعداد نوزادان زنده کشور 1256 عدد تخمین زده شد.

تعیین مناطق خدمات پری ناتال (PCR):

فاصله و متوسط فاصله میان شهرستان ها با مراکز استان محاسبه شد. در تعیین مناطق خدمات پری ناتال به گونه ای عمل شد تا حداکثر



فاصله PCR از 250 کیلومتر تجاوز نکند. این شاخص با توجه به وضعیت جغرافیایی کشور و با مشورت صاحب نظران تعیین شد. مناطق PCR باید به گونه ای تعریف شوند تا دسترسی به خدمات سطوح بالاتر با کاهش فاصله میان شهرستان تا مرکز به حداقل مطلوب و با توجه به شاخص های پیشین بهینه شود.

مرزهای استان ها بر اساس میزان نیاز به سفر بین استانی شهرهای مرزی تصحیح شد تا مدل ابتدایی PCRها ارایه شود. سپس در سه مرحله اصلاح PCRها بر ای دستیابی به مدل مطلوب صورت

پذیرفت:

۱. بررسی فاصله شهرستان ها با مراکز استان های مجاور. در این حالت در صورتی که فاصله یک شهرستان دور از مرکز (فاصله بیش از 250 کیلومتر) با مرکز استان مجاور کمتر از 250

کیلومتر است، امکان اختصاص آن شهرستان به PCR استان مجاور بررسی شد.

۲. موقعیت دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی در کشور، برای استان هایی که دارای شهرستان دور هستند، در صورت وجود بیش از یک دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی در استان، امکان ایجاد بیش از یک PCR در آن استان بررسی شد. در صورتی که ایجاد PCR جدید با مختصات ذکر شده فاصله شهرستان دور تا مرکز PCR را اصلاح می کرد، تشکیل PCR جدید در نظر گرفته شد.

۳. در صورت وجود شهرستان دور در یک استان و عدم وجود راه حلی از طریق مراحل یک و دو بالا، امکان ایجاد PCR در شهرستان های استان بررسی شد. تشکیل PCR تنها در صورتی در شهرستان های فوق در نظر گرفته شد که PCR ایجاد شده حداقل شرایط نیاز را دارا باشد، به این معنی که میزان نیاز منطقه تحت پوشش آن حداقل در حد تأسیس یک بخش NICU باشد.

بر این مبنا شناسایی PCR پس از چندین طراحی و اصلاح و با رعایت شرایط حداقل تغییر در مرزهای استانی، توجه به مناطق تحت پوشش دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی، و وجود حداقل یک PCR در هر استان صورت پذیرفت. حل مسأله با تکرار چرخه طراحی، اصلاح و طراحی مجدد (iteration) تا زمان شناسایی مدل بهینه (مطلوب یا بهترین حالت ممکن) انجام گرفت.

تعیین تخت های سطح سه و دو مورد نیاز هر PCR:

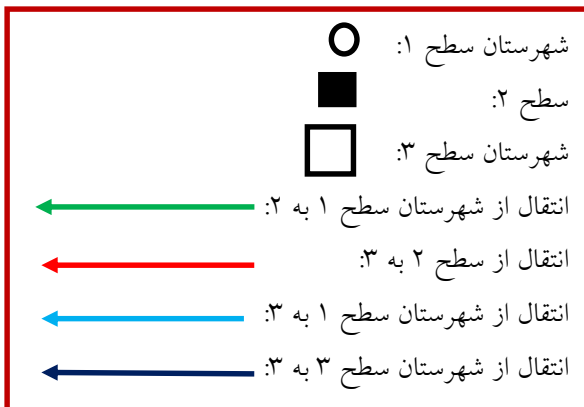
پس از تصحیح مرزهای PCR، تعیین تعداد تخت سطح سه (NICU) و سطح ۲ صورت گرفت. با مشورت صاحب نظران تعداد تخت سطح دو مورد نیاز سه برابر تخت NICU در نظر گرفته شد. سپس توزیع تخت ها در داخل PCR و تعیین شهرستان های سطوح سه، دو و یک انجام شد. این مدل سازی با توجه به شروط پیشین و به شرح نمودار 1 انجام شد.

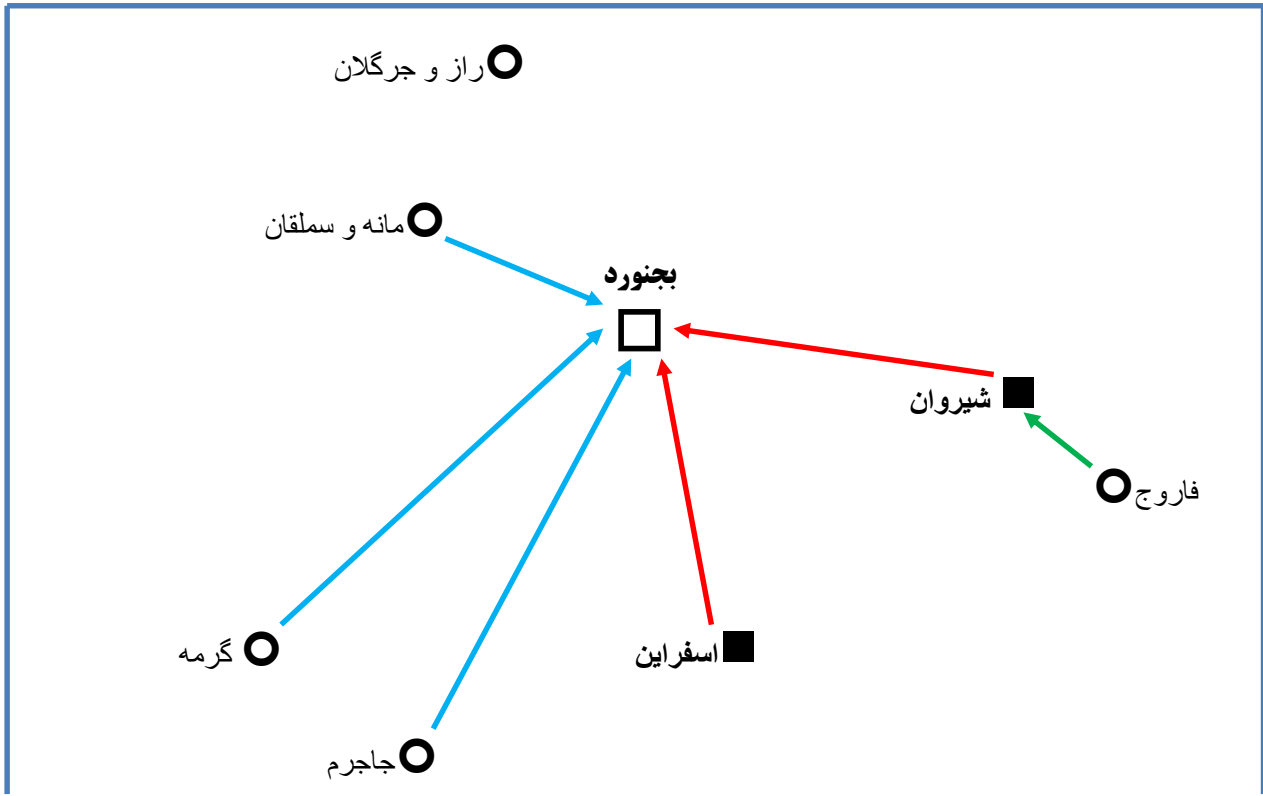
تعیین نواحی خدمات پری ناتال و تخت مورد نیاز:

بررسی فواصل میان شهرستان ها با مراکز استان نشان داد که چهل شهرستان کشور با مرکز استان متبوع خود فاصله ای بیش از 250 کیلومتر دارند (شهرستان دور از مرکز). در نتیجه اصلاح فواصل و شناسایی PCRها، کشور به 33 ناحیه خدمات پری ناتال تقسیم گردید. 30 مورد از PCRها با مرکزیت یک استان طراحی شدند و مرکز سه PCR شهرستانی غیر از مراکز استان هاست (لارستان، چاه بهار، ایرانشهر).

نقشه های دانشگاهی برنامه سطح بندی خدمات پرناتال:

نقشه های ارائه شده در صفحات آتی مشخص کننده سطوح مورد نیاز هر شهر و همچنین تعداد تخت سطح برای بخش مراقبت معمول نوزان، مراقبت تخصصی یا ویژه است. سطح بالاتر خدمت مرتبط نیز مشخص شده است. شهرهای نیازمند سطح ۱ به صورت یک دایره توخالی به نمایش درآمده اند. شهرهای سطح ۲ به صورت یک مربع توخالی و سطح ۳ مربع توخالی می باشند. فلش سبز انتقال مادر یا نوزاد از سطح ۱ به سطح ۲، فلش قرمز انتقال از سطح ۲ به سطح ۳ و فاش آبی انتقال از سطح ۱ به صورت مستقیم به سطح ۳ و فلش بنفش انتقال از سطح ۳ به سطح ۳ مجهز تر را به نمایش می گذارند.

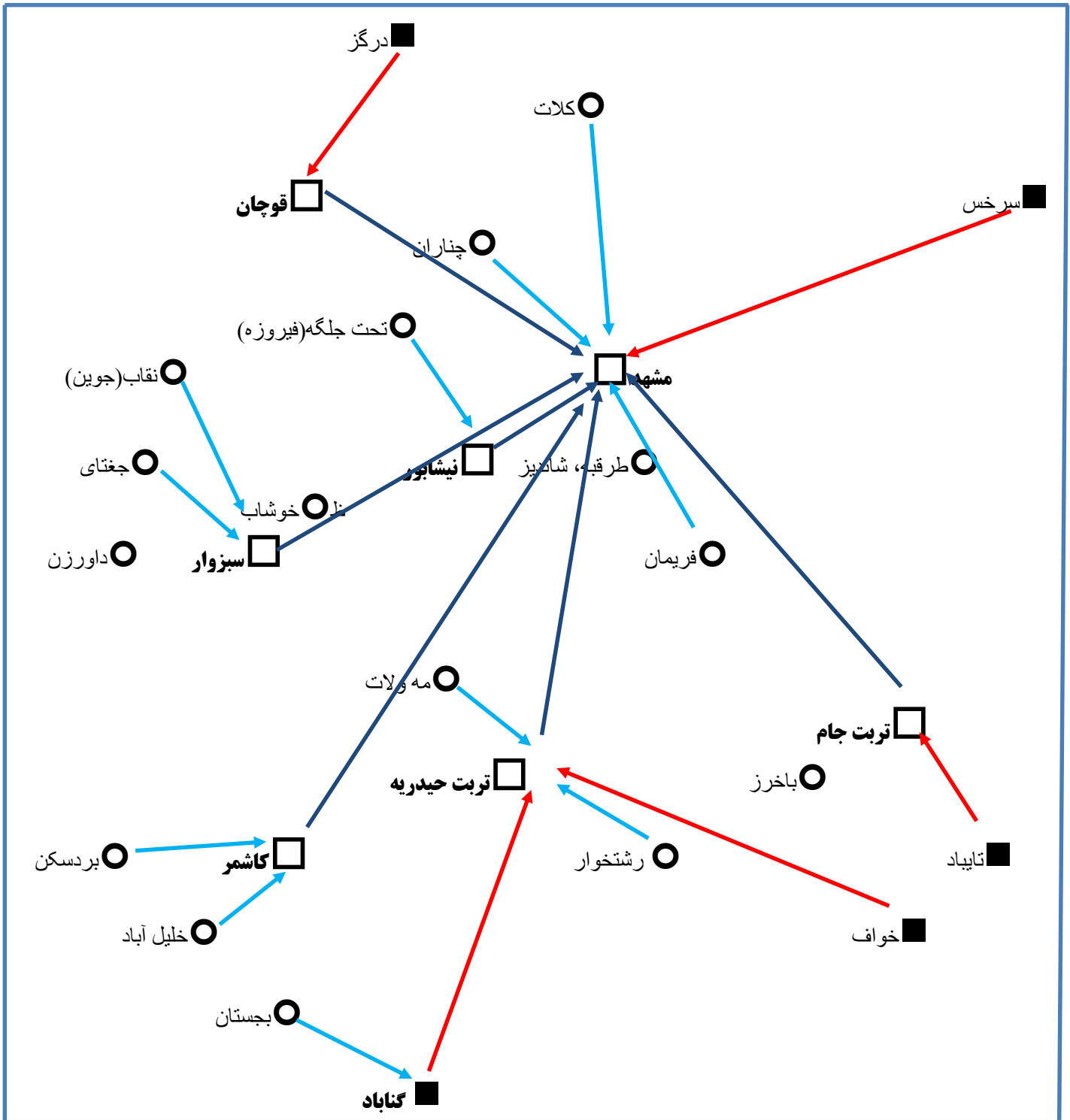




دانشگاه علوم پزشکی بجنورد					
شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز
بجنورد			۱	۱۸	۳۴
شیروان	۰	۱	۰	۰	۱۲
جاجرم	۱	۰	۰	۰	۰
گرمه	۱	۰	۰		
مانه و سملقان	۱	۰	۰		
فاروج	۱	۰	۰		
راز و جرگلان					
جمع	-	۲	۱	۱۸	۵۴

دانشکده علوم پزشکی اسفراین					
شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز
اسفراین	۰	۱	۰	۰	۸
جمع	-	۲	۱	۱۸	۵۴

جمع بندی استان خراسان شمالی					
شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز
دانشگاه علوم پزشکی بجنورد	-	۲	۱	۱۸	۵۴
اسفراین	۰	۱	۰	۰	۸
جمع	-	۳	۱	۱۸	۶۲



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	بردسکن	۱	۰	۰	۰	۰
۲	کلات	۱	۰	۰	۰	۰
۳	تایباد	۰	۱	۰	۰	۱۰
۴	خواف	۰	۱	۰	۰	۹
۵	چناران	۱	۰	۰	۰	۰
۶	درگز	۰	۱	۰	۰	۶
۷	سرخس	۰	۱	۰	۰	۶
۸	فریمان	۱	۰	۰	۰	۰
۹	قوچان	۰	۰	۱	۶	۱۶
۱۰	کاشمر	۰	۰	۱	۶	۱۸
۱۱	خلیل آباد	۱	۰	۰	۰	۰
۱۲	مشهد	۰	۰	۱	۶۹	۱۹۲
۱۳	طرقبه شاندیز (بینالود)	۱	۰	۰	۰	۰
۱۴	رشتخوار	۱	۰	۰	۰	۰
۱۵	باخرز					
	جمع	۷	۳	۵	۱۰۱	۲۹۸

دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	سبزوار	۰	۰	۱	۹	۲۶
۲	نقاب (جوین)	۱	۰	۰	۰	۰
۳	جغتای	۱	۰	۰	۰	۰
۴	خوشاب					
۵	داورزن					
	جمع					

دانشگاه علوم پزشکی گناباد

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	گناباد	۰	۱	۰	۰	۸
۲	بجستان	۱	۰	۰	۰	۰
۳	جمع	-	۱	۰	۰	۸

دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	تربت حیدریه	۰	۰	۱	۱۱	۲۲
۲	مه ولات	۱	۰	۰	۰	۰
۳	زاوه					
	جمع					

دانشکده علوم پزشکی تربت جام

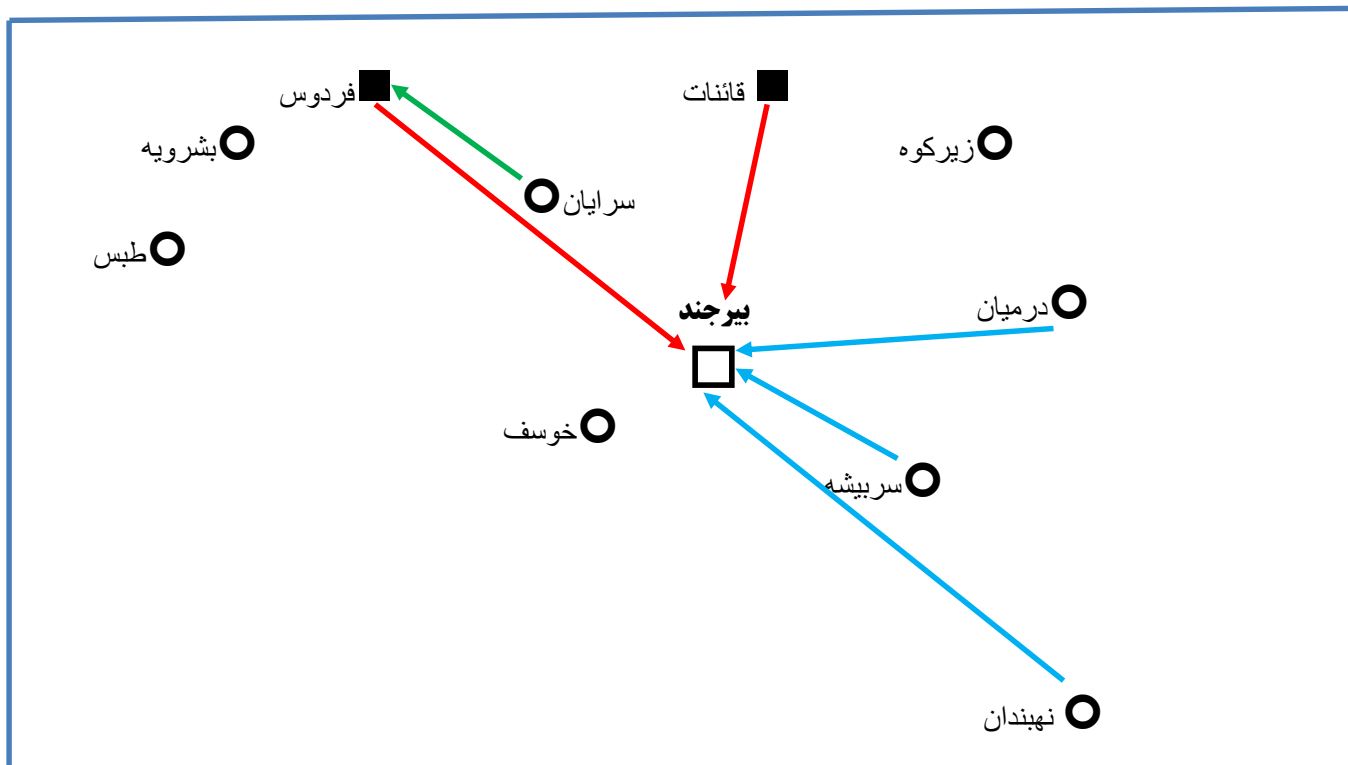
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	تربت جام	۰	۰	۱	۱۰	۲۰

دانشکده علوم پزشکی نیشابور

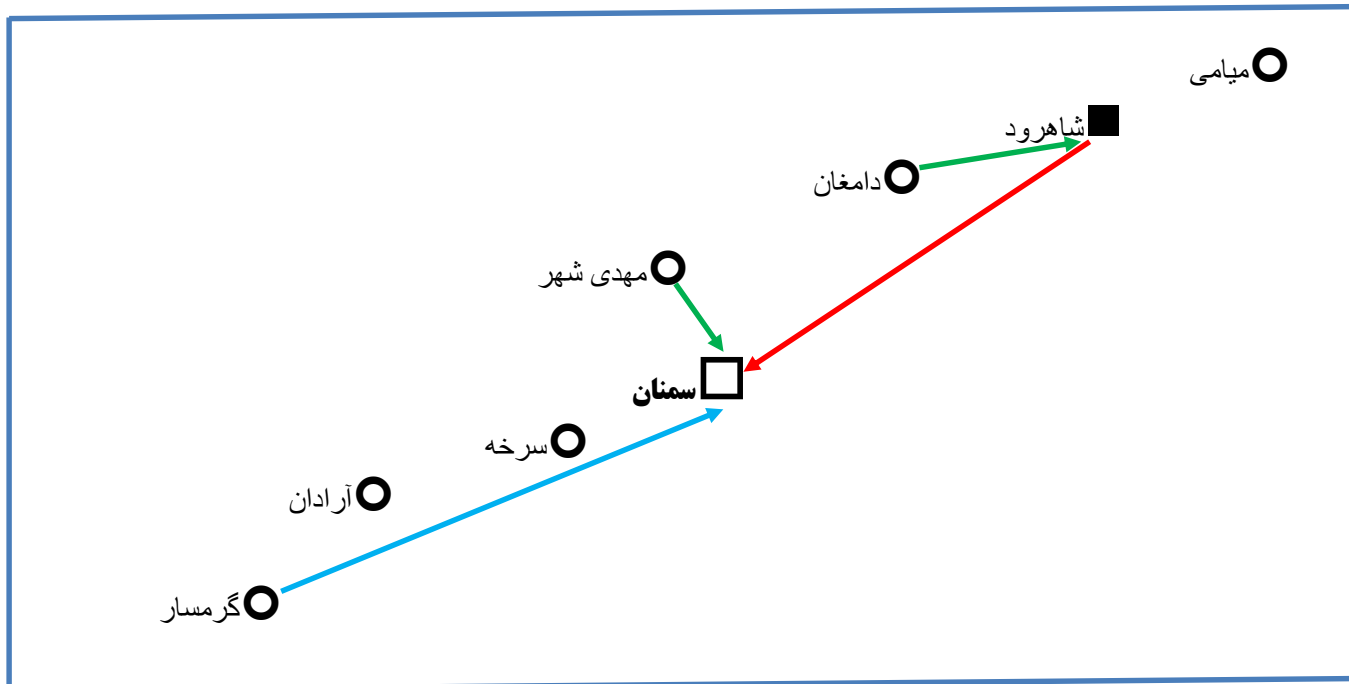
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	نیشابور	۰	۰	۱	۱۰	۳۰
۲	فیروزه (تحت جلگه)	۱	۰	۰	۰	۰
	جمع	۱	۰	۱	۱۰	۳۰

جمع بندی استان خراسان رضوی

ردیف	دانشگاه/دانشکده	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	مورد NICU تعداد تخت نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	دانشگاه علوم پزشکی مشهد	۷	۳	۵	۱۰۱	۲۹۸
۲	دانشگاه علوم پزشکی گناباد	-	۱	۰	۰	۸
۳	دانشگاه علوم پزشکی سبزوار	-	۰	۱	۹	۲۶
۴	دانشکده تربت حیدریه	۲	۲	۱	۱۱	۳۱
۵	دانشکده تربت جام	۰	۰	۱	۱۰	۲۰
۶	دانشکده نیشابور	۱	۰	۱	۱۰	۳۰
	جمع					



دانشگاه علوم پزشکی بیرجند						
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز
۱	بیرجند	۰	۰	۱	۱۳	۲۵
۲	نهندان	۱	۰	۰	۰	۰
۳	قاین	۰	۱	۰	۰	۹
۴	بشرویه	۱	۰	۰	۰	۰
۵	فردوس	۰	۱	۰	۰	۶
۶	سرایان	۱	۰	۰	۰	۰
۷	سربیشه	۱	۰	۰	۰	۰
۸	درمیان					
۹	زیرکوه					
۱۰	خوسف					
۱۱	طبس					
۸	جمع	-	۲	۱	۱۳	۴۰

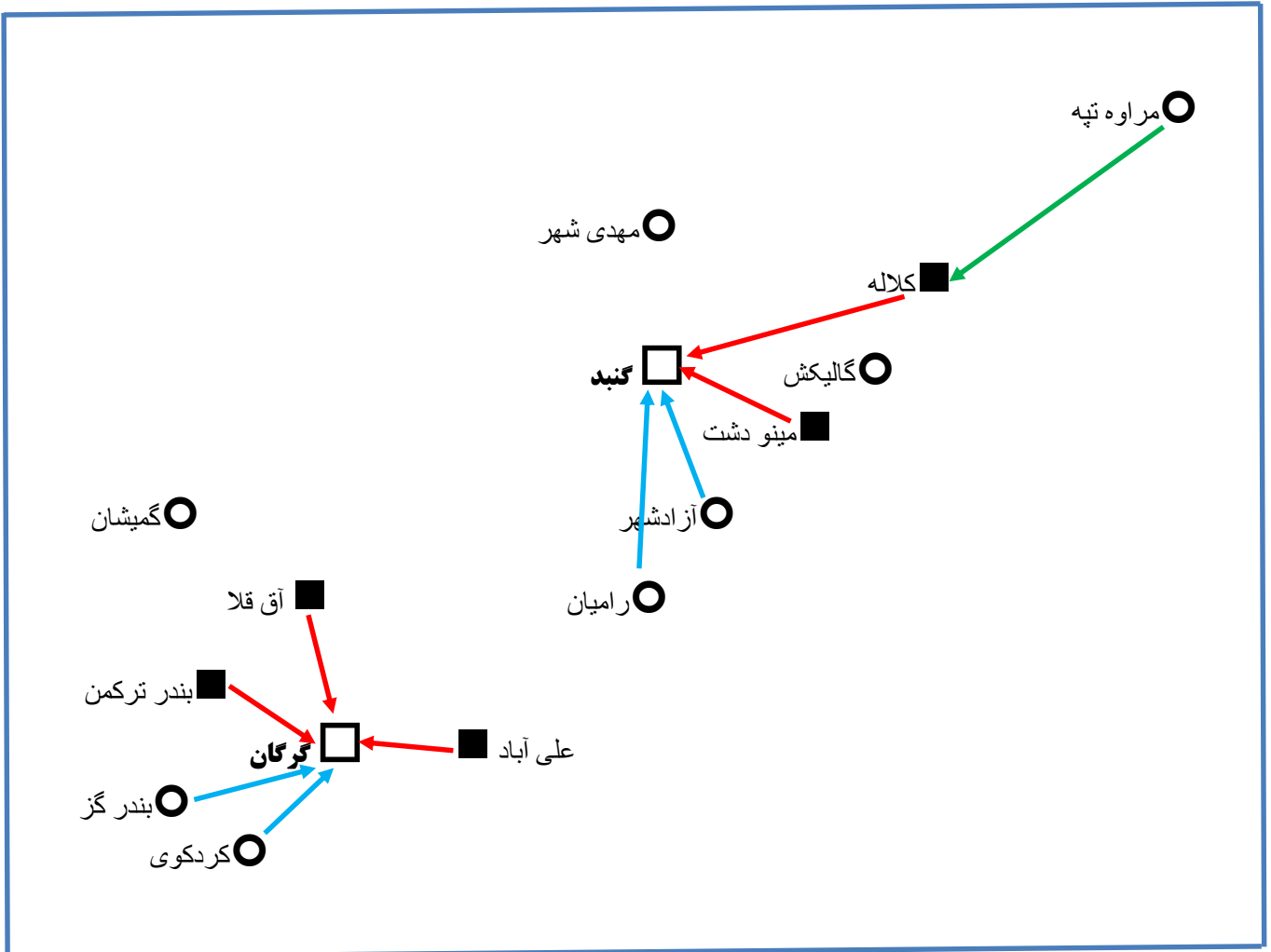


دانشگاه علوم پزشکی سمنان						
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	سمنان	۰	۰	۱	۹	۱۱
۲	گرمسار	۱	۰	۰	۰	۰
۳	مهدیشهر	۱	۰	۰	۰	۰
۴	آرادان					
۵	میامی					
۶	سرخه					
	جمع	۴	۰	۱	۹	۱۱

دانشگاه علوم پزشکی شاهرود						
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	شاهرود	۰	۱	۰		۱۶
۲	دامغان	۰	۰	۰	۰	۰
۳	جمع	-	۱	۰	۰	۱۶

استان سمنان						
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	دانشگاه علوم پزشکی سمنان	۰	۱	۰		۱۶
۲	دانشگاه علوم پزشکی شاهرود	-	۱	۰	۰	۱۶
۳	جمع					

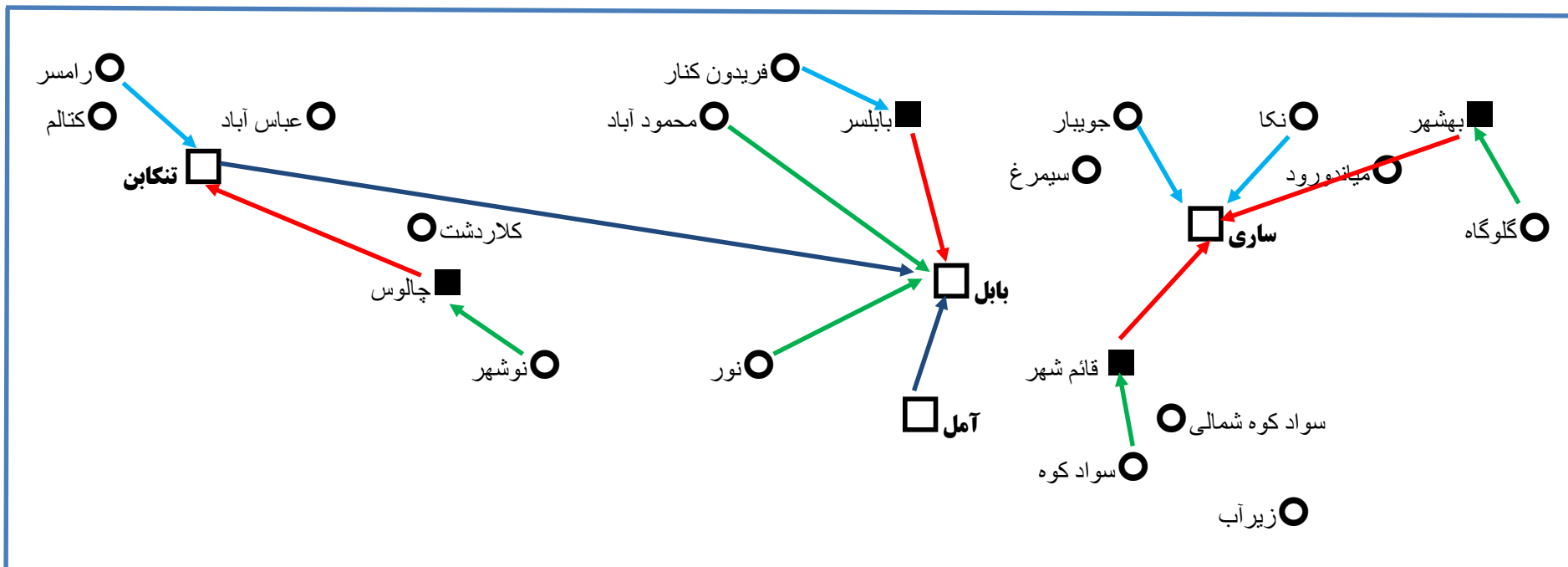
استان گلستان



دانشگاه علوم پزشکی گلستان

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	اق قلا	۰	۱	۰	۰	۶
۲	بندر ترکمن	۰	۱	۰	۰	۹
۳	بندر گز	۱	۰	۰	۰	۰
۴	رامیان-خان ببین	۱	۰	۰	۰	۰
۵	علی آباد	۰	۱	۰	۰	۸
۶	کرد کوی	۱	۰	۰	۰	۰
۷	کلاله	۰	۱	۰	۰	۱۲
۸	آزاد شهر	۱	۰	۰	۰	۰
۹	مراوه تپه	۱	۰	۰	۰	۰
۱۰	گرگان	۰	۰	۱	۱۸	۲۹
۱۱	گنبد	۰	۰	۱	۱۷	۳۲
۱۲	مینو دشت	۰	۱	۰	۰	۹
۱۳	گمیشان					
۱۴	گالیکش					
	جمع	-	۵	۲	۳۵	۱۰۵

استان مازندران



دانشگاه علوم پزشکی مازندران

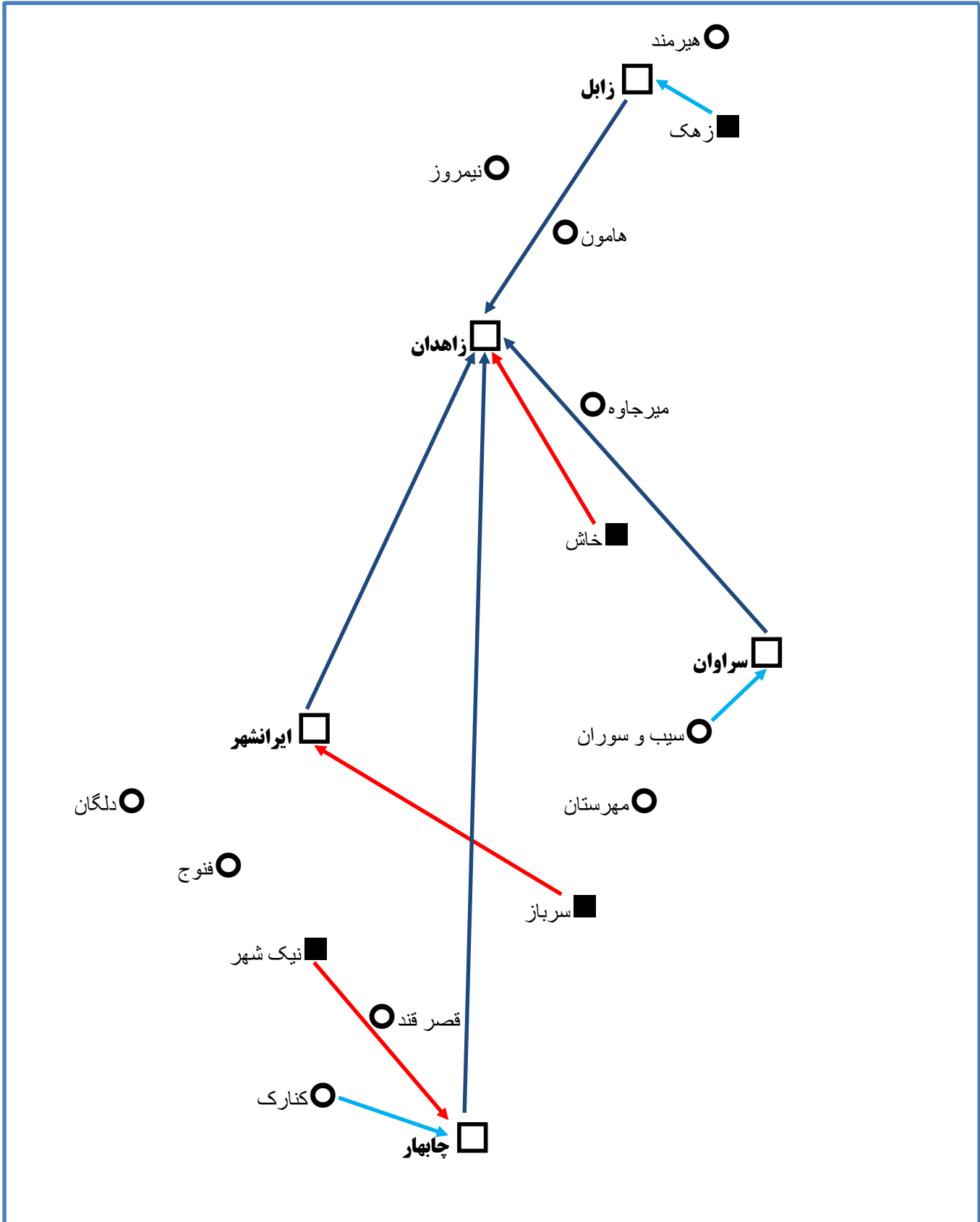
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	آمل	۰	۰	۱	۸	۲۰
۲	بهشهر	۰	۱	۰	۰	۹
۳	تنکابن	۰	۰	۱	۷	۱۰
۴	جویبار	۱	۰	۰	۰	۰
۵	چالوس	۰	۱	۰	۰	۱۰
۶	رامسر	۱	۰	۰	۰	۰
۷	زیراب	۱	۰	۰	۰	۰
۸	ساری	۰	۰	۱	۱۸	۳۶
۹	قائم شهر	۰	۱	۰	۰	۱۲
۱۰	کتالم (دانشگاه آزاد)	۱	۰	۰	۰	۰
۱۱	کلاردشت	۱	۰	۰	۰	۰
۱۲	گلوگاه	۱	۰	۰	۰	۰
۱۳	نکا تامین	۱	۰	۰	۰	۰
۱۴	نور	۱	۰	۰	۰	۰
۱۵	محمود آباد	۱	۰	۰	۰	۰
۱۶	نوشهر	۱	۰	۰	۰	۰
۱۷	سواد کوه					
۱۸	سواد کوه شمالی					
۱۹	گلشهر (عباس آباد)					
۲۰	میاندورود (بیشه سر)					
۲۱	سیمرغ					
۲۲	بابلسر	۰	۱	۰	۰	۶
۲۳	فریدون کنار	۱	۰	۰	۰	۰
	جمع					

دانشگاه علوم پزشکی بابل

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	بابل	۰	۰	۱	۱۳	۳۳

استان مازندران						
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۰	۱	۰		۱۶
۲	دانشگاه علوم پزشکی بابل	۰	۰	۱	۱۳	۳۳
۳	جمع					

استان سیستان و بلوچستان:



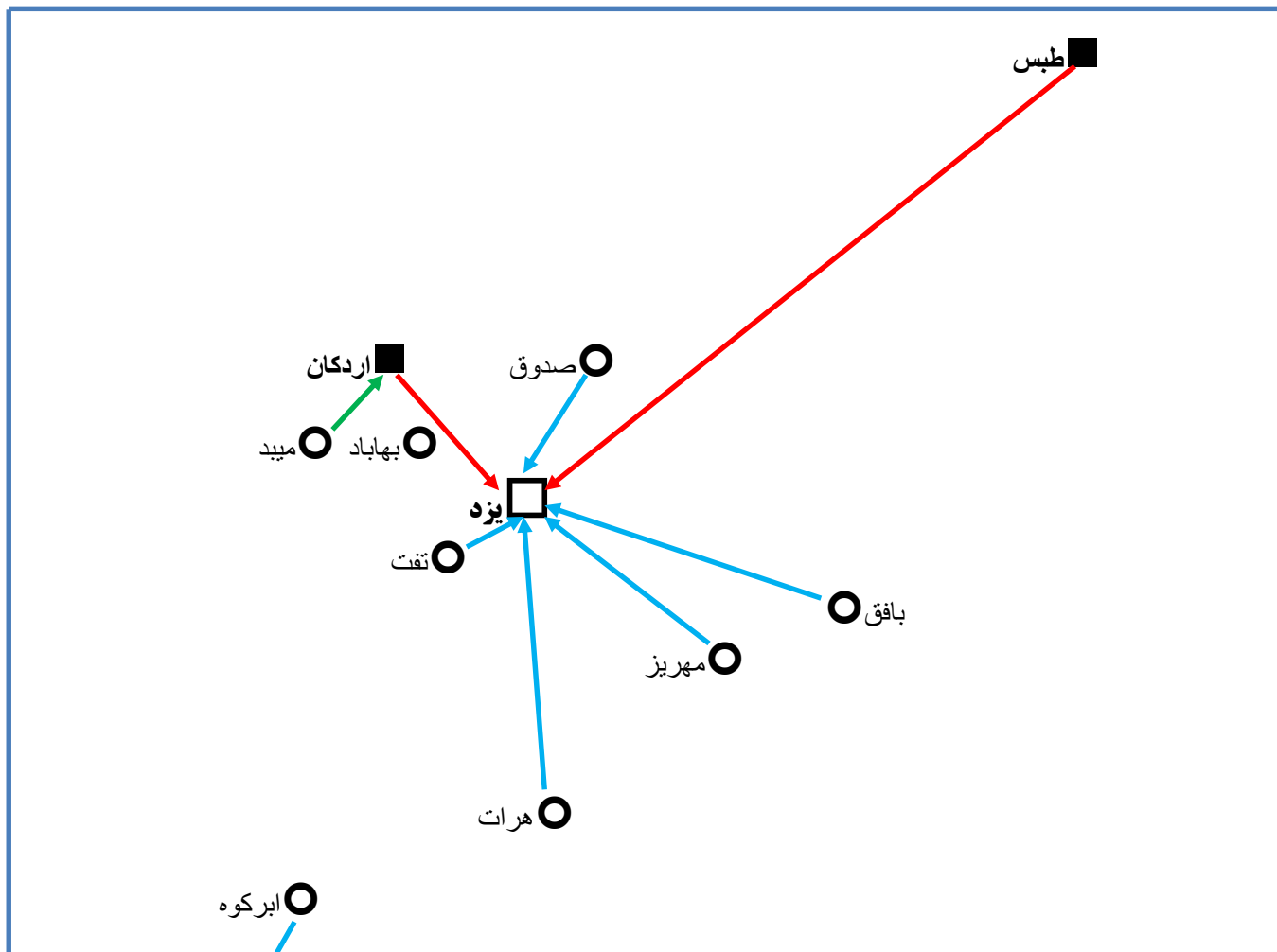
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان						
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	زاهدان	۰	۰	۱	۲۳	۵۳
۲	سراوان	۰	۰	۱	۱۰	۲۹
۳	خاش	۰	۱	۰	۰	۱۵
۴	سیب و سوران	۱	۰	۰	۰	۰
۵	میرجاوه					
	جمع	-	۳	۴	۶۶	۱۹۵

دانشکده علوم پزشکی زابل						
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	زابل	۰	۰	۱	۱۱	۲۷
۲	زهک	۰	۱	۰	۰	۶
۳	هیرمند					
۴	هامون					
۵	نیمروز					
	جمع	-	۱	۱	۱۱	۳۳

دانشکده علوم پزشکی ايرانشهر						
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	ايرانشهر	۰	۰	۱	۱۶	۲۸
۲	چابهار	۰	۰	۱	۱۷	۳۰
۳	کنارک	۱	۰	۰	۰	۰
۴	نیک شهر	۰	۱	۰	۰	۲۰
۵	فنوج					
۶	قصر قند					
۷	دلگان					
۸	سرباز	۰	۱	۰	۰	۲۰
۹	مهرستان					
	جمع	-	۱	۱	۱۱	۳۳

استان سيستان و بلوچستان						
ردیف	دانشگاه/دانشکده	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	دانشگاه زاهدان					
۲	دانشکده زابل					
۳	دانشکده ايرانشهر					
	جمع					

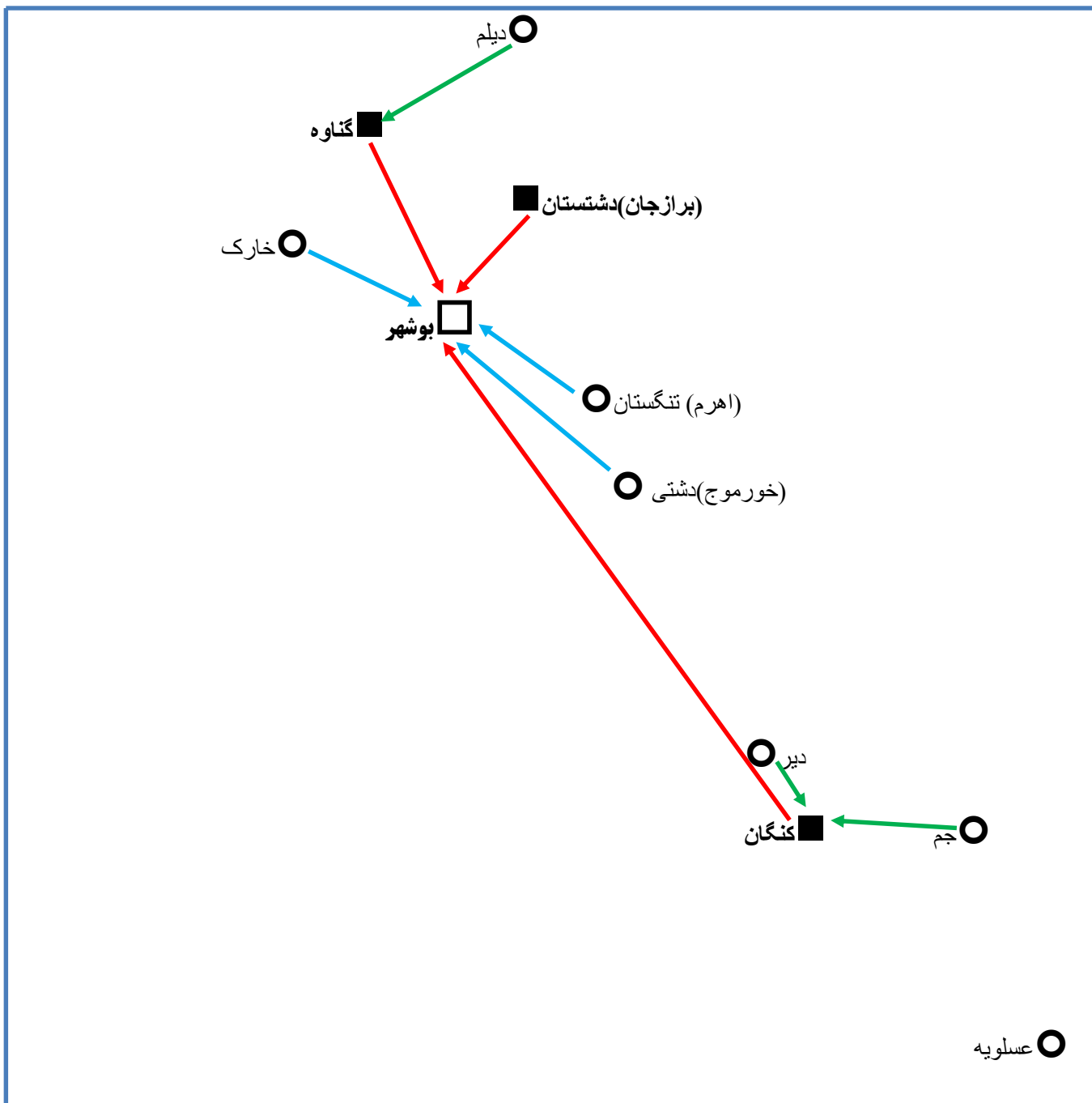
استان یزد:



آباده

دانشگاه علوم پزشکی یزد

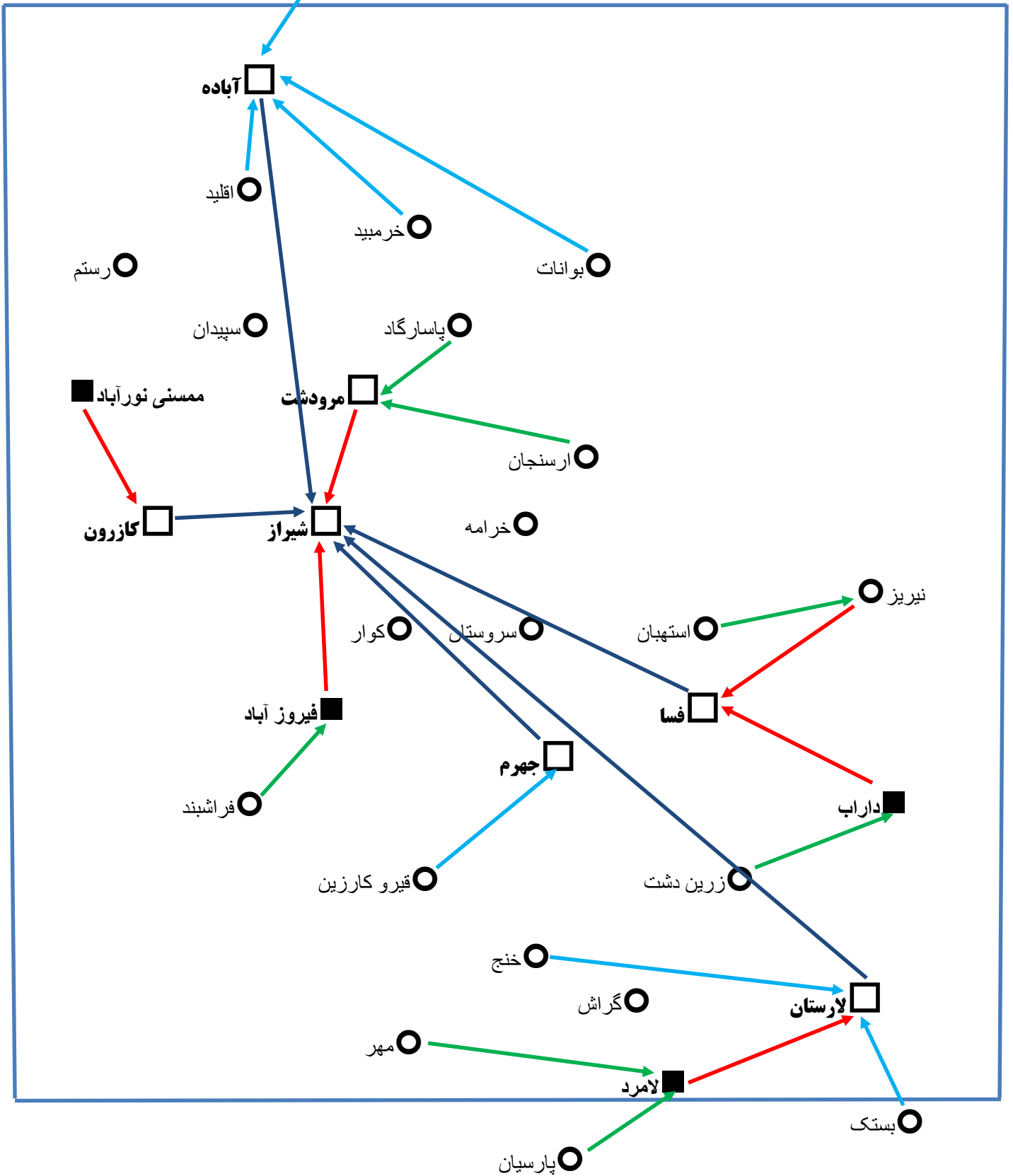
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	ابركوه	۱	۰	۰	۰	۰
۲	اردكان	۰	۱	۰	۰	۹
۳	بافق	۱	۰	۰	۰	۰
۴	تفت	۱	۰	۰	۰	۰
۵	طبس	۰	۱	۰	۰	۶
۶	مهریز	۱	۰	۰	۰	۰
۷	میبد	۱	۰	۰	۰	۰
۸	خاتم(هرات)	۱	۰	۰	۰	۰
۹	صدوق(اشكذر)	۱	۰	۰	۰	۰
۱۰	یزد	۰	۰	۱	۲۰	۴۵
۱۱	بهاباد					
	جمع	-	۲	۱	۲۰	۶۰



دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	بوشهر	۰	۰	۱	۱۸	۲۲
۲	خارک	۱	۰	۰	۰	۰
۳	جم	۱	۰	۰	۰	۰
۴	دشتستان (برازجان)	۰	۱	۰	۰	۱۵
۵	دشتی (خورموج)	۱	۰	۰	۰	۰
۶	کنگان	۰	۱	۰	۰	۱۱
۷	گناوه	۰	۱	۰	۰	۷
۸	دیلم	۱	۰	۰	۰	۰
۹	تنگستان (اهرم)	۱	۰	۰	۰	۰
۱۰	دیر	۱	۰	۰	۰	۰
۱۱	عسلویه					
	جمع	-	۳	۱	۱۸	۵۵

استان فارس



دانشگاه علوم پزشکی شیراز

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	اباده	۰	۰	۱	۶	۱۶
۲	ارسنجان	۱	۰	۰	۰	۰
۳	اقلید	۱	۰	۰	۰	۰
۴	بوانات	۱	۰	۰	۰	۰
۵	پاسارگاد (سعادت شهر)	۱	۰	۰	۰	۰
۶	خرم بید	۱	۰	۰	۰	۰
۷	سپیدان	۱	۰	۰	۰	۰
۸	سروستان	۱	۰	۰	۰	۰
۹	شیراز	۰	۰	۱	۳۳	۹۶
۱۰	فیروز آباد	۰	۱	۰	۰	۹
۱۱	کازرون	۰	۰	۱	۸	۱۴
۱۲	لامرد	۰	۱	۰	۰	۱۰
۱۳	مرو دشت	۰	۰	۱	۷	۲۰
۱۴	ممسنی و نور آباد	۰	۱	۰	۰	۸
۱۵	مهر	۱	۰	۰	۰	۰
۱۶	قیرو کارزین	۱	۰	۰	۰	۰
۱۷	نی ریز	۰	۱	۰	۰	۹
۱۸	داراب	۰	۱	۰	۰	۱۵
۱۹	استهبان	۱	۰	۰	۰	۰
۲۰	زرین دشت	۱	۰	۰	۰	۰
۲۱	فراشبند					
۲۲	رستم					
۲۳	کوار					
۲۴	خرامه					
	جمع					

دانشکده علوم پزشکی جهرم					
شهرستان	شهرستان	شهرستان	شهرستان	تعداد تخت NICU مورد	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
جهرم	۰	۱	۱	۶	۱۳

دانشکده علوم پزشکی فسا					
شهرستان	شهرستان	شهرستان	شهرستان	تعداد تخت NICU مورد	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
فسا	۰	۰	۱	۱۰	۱۱

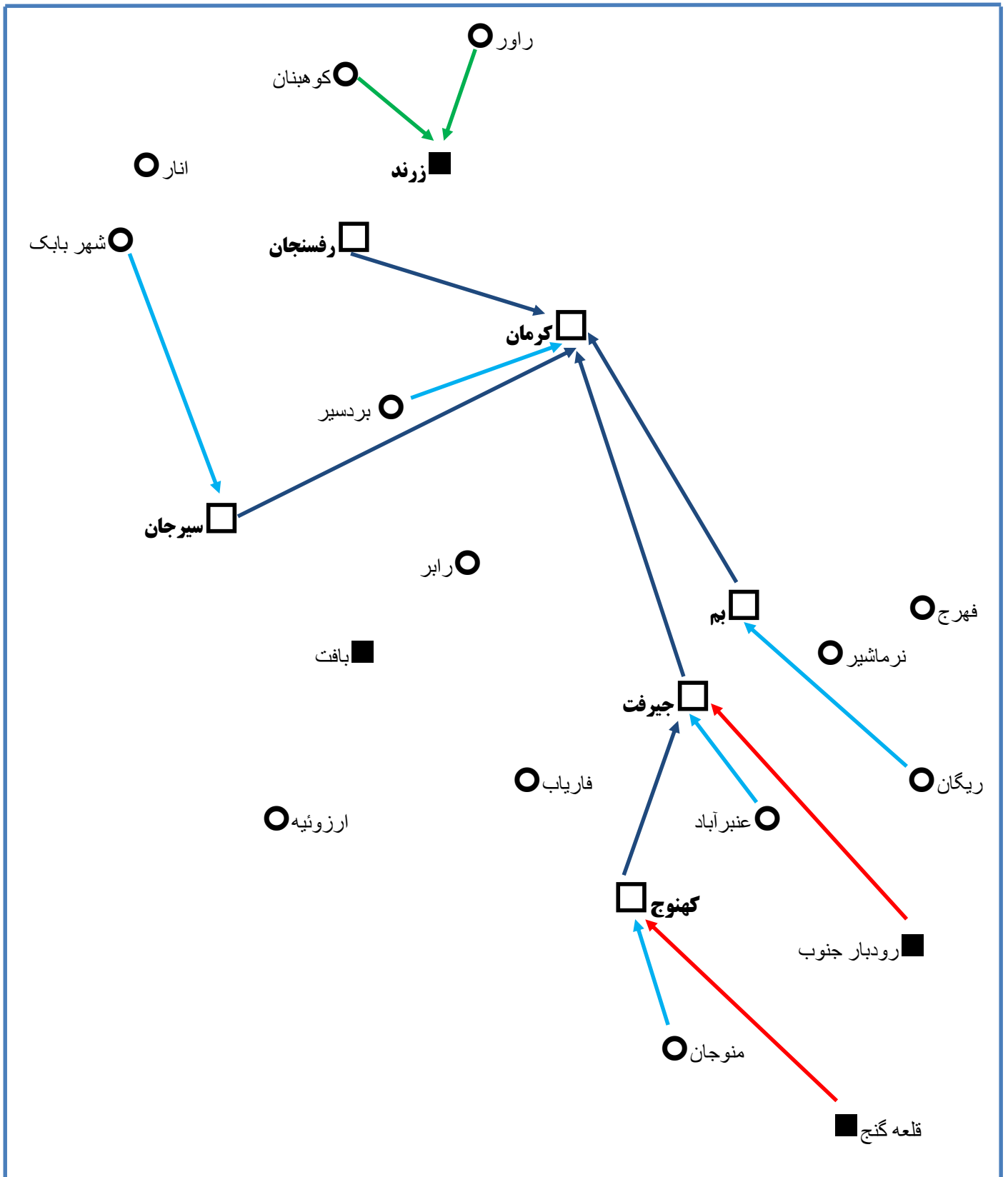
دانشکده علوم پزشکی گراش					
شهرستان	شهرستان	شهرستان	شهرستان	تعداد تخت NICU مورد	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
گراش					

دانشکده علوم پزشکی لارستان					
شهرستان	شهرستان	شهرستان	شهرستان	تعداد تخت NICU مورد	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
لارستان	۰	۰	۱	۱۰	۱۹
خنج	۱	۰	۰	۰	۰
جمع	۱	۰	۱	۱۰	۱۹

استان فارس

تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	شهرستان سطح ۳	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۱	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
					شیراز
۱۱	۱۰	۱	۰	۰	فسا
۱۹	۱۰	۱	۰	۱	لارستان
۱۳	۶	۱	۱	۰	جهرم
					گراش
					جمع

استان کرمان



دانشگاه علوم پزشکی کرمان

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	بافت	۰	۱	۰	۰	۷
۲	برد سیر	۱	۰	۰	۰	۰
۳	راور	۱	۰	۰	۰	۰
۴	زرنند	۰	۱	۰	۰	۱۱
۵	شهر بابک	۱	۰	۰	۰	۰
۶	کرمان	۰	۰	۱	۱۹	۴۷
۷	کوهبنان	۱		۰	۰	
۸	رابر					
۹						
۱۰	ارزوئیه					
۱۱	جمع					

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
رفسنجان	۰	۰	۱	۶	۱۵
انار					
جمع					

دانشکده علوم پزشکی سیرجان

شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
سیرجان	۰	۰	۱	۸	۱۹

دانشکده علوم پزشکی جیرفت

شهرستان	شهرستان ۱ سطح ۱	شهرستان ۲ سطح ۲	شهرستان ۳ سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
جیرفت	۰	۰	۱	۹	۱۸
فاریاب					
کهنوج	۰	۰	۱	۶	۱۲
عنبر آباد	۱	۰	۰	۰	۰
منوجان	۱	۰	۰	۰	۰
قلعه گنج	۰	۱	۰	۰	۶
رودبار جنوب	۰	۱	۰	۰	۹
جمع					

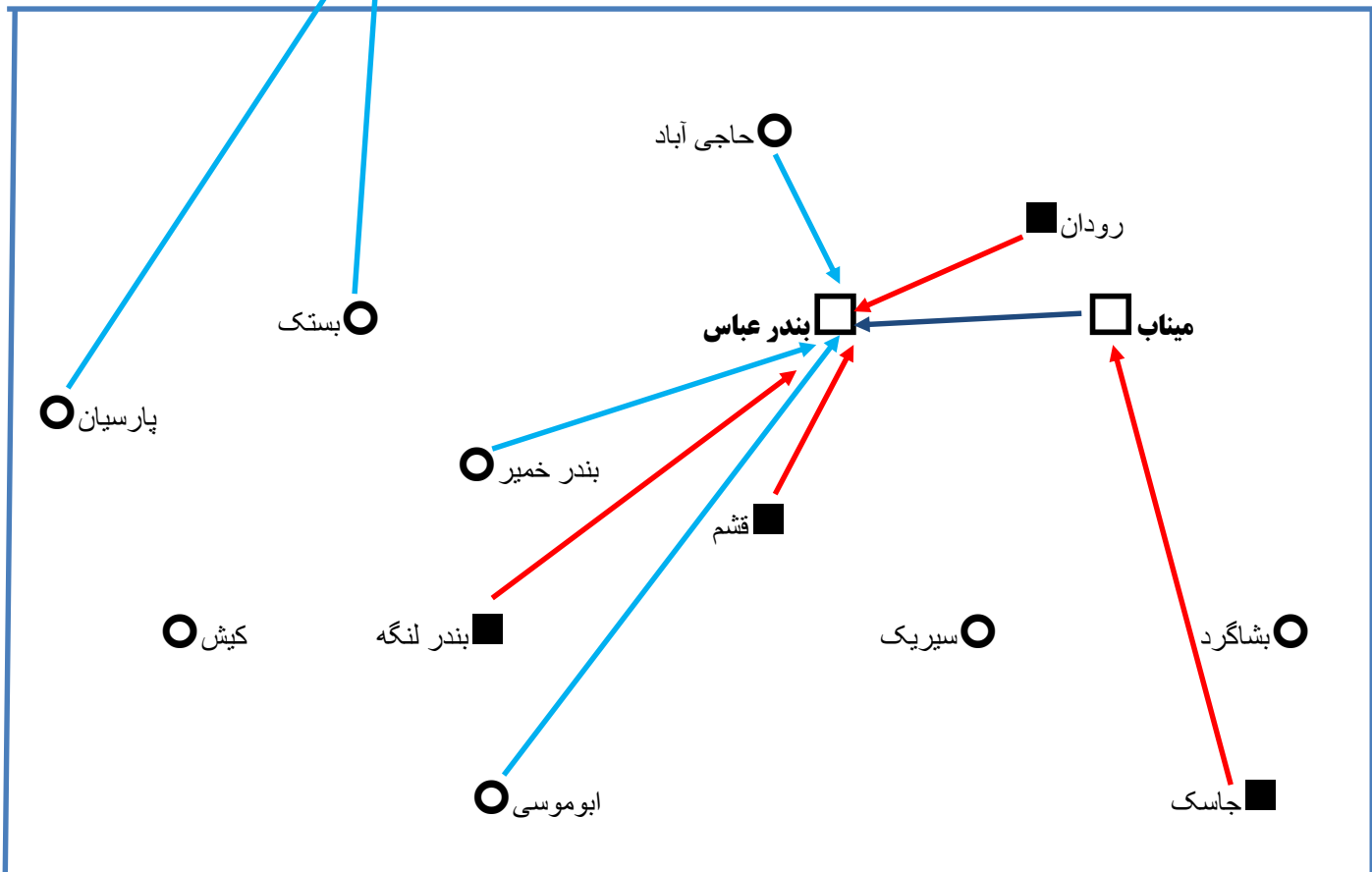
دانشکده علوم پزشکی بم

شهرستان	شهرستان ۱ سطح ۱	شهرستان ۲ سطح ۲	شهرستان ۳ سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
بم	۰	۰	۱	۷	۲۱
ریگان	۱	۰	۰	۰	۰
فهرج					
نرمانشیر					
جمع					

استان کرمان

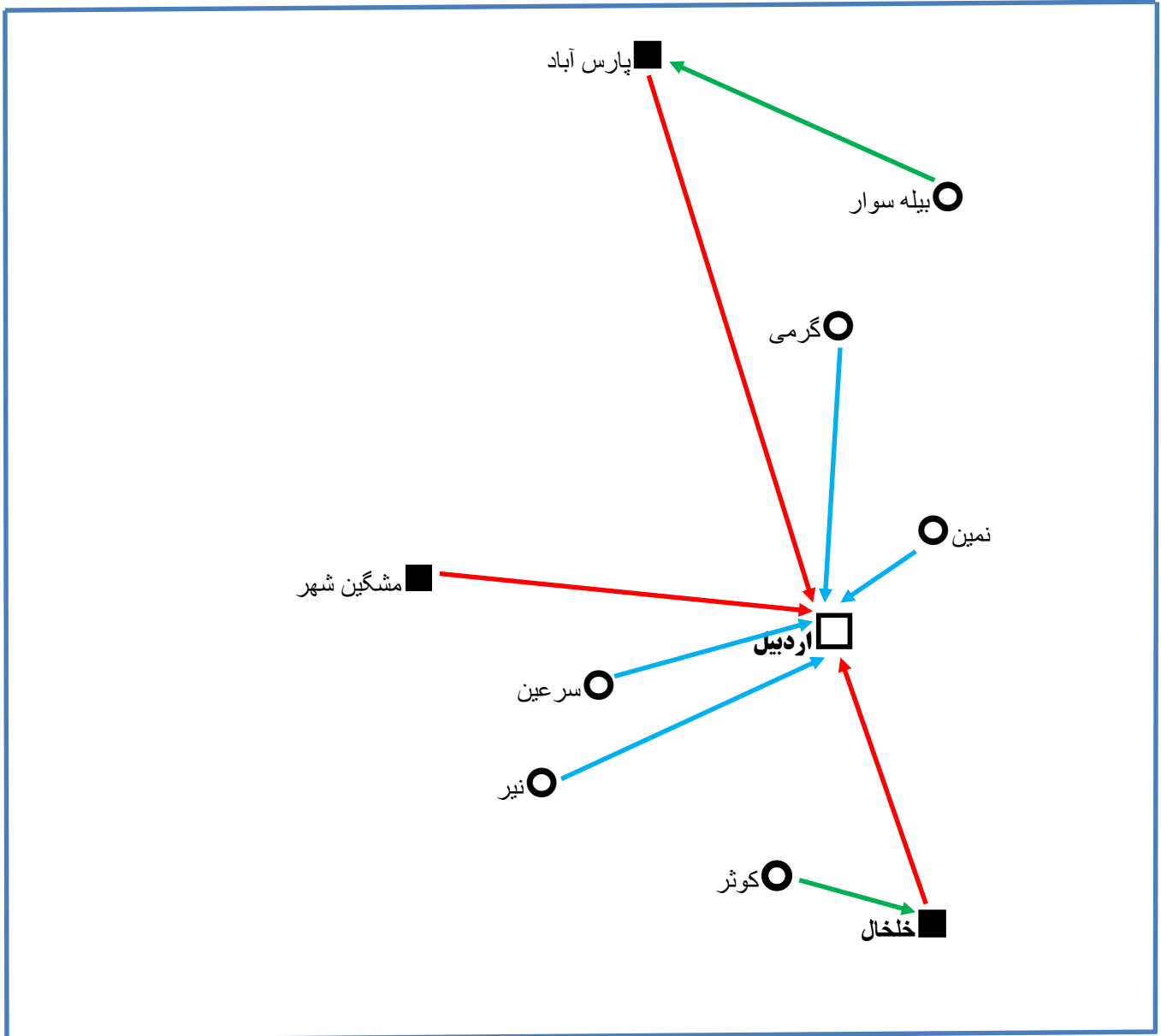
تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	شهرستان سطح ۳	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۱	دانشگاه / دانشکده
					کرمان
					رفسنجان
					جیرفت
					بم
					سیرجان
					جمع

استان هرمزگان



دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	ابوموسی	۱	۰	۰	۰	۰
۲	بندرعباس	۰	۰	۱	۲۲	۴۲
۳	بندر لنگه	۰	۱	۰	۰	۸
۴	جاسک	۰	۱	۰	۰	۶
۵	حاجی آباد	۱	۰	۰	۰	۰
۶	بندر خمیر	۱	۰	۰	۰	۰
۷	رودان	۰	۱	۰	۰	۷
۸	قشم	۰	۱	۰	۰	۸
۹	میناب	۰	۰	۱	۹	۲۱
۱۰	بستک	۱	۰	۰	۰	۰
۱۱	پارسیان	۱	۰	۰	۰	۰
۱۲	سیریک					
۱۳	بشاگرد					
۱۴	کیش					
	جمع	-	۴	۲	۳۱	۹۲



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

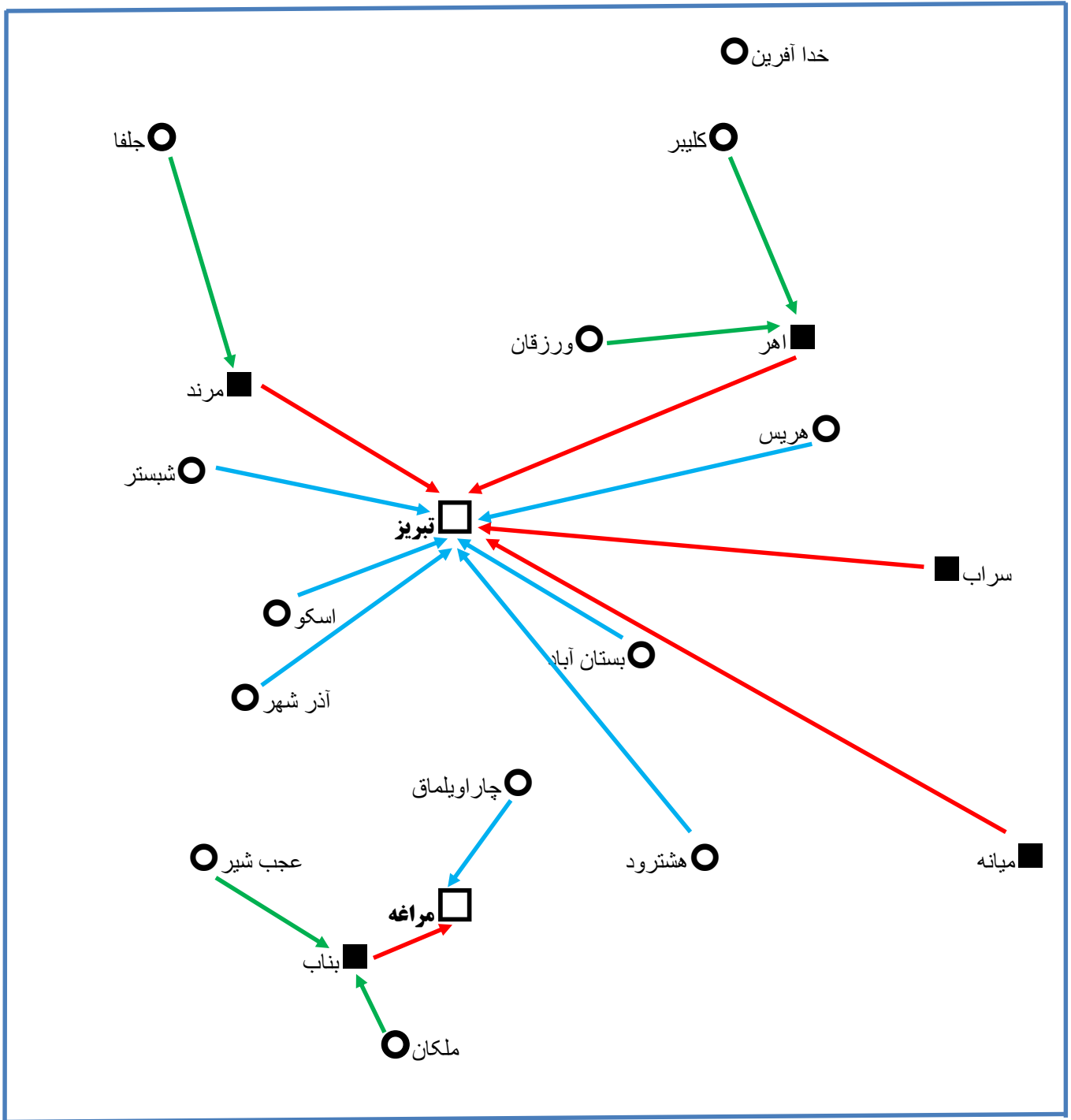
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	اردبیل	۰	۰	۱	۲۴	۴۴
۲	پارس اباد	۰	۱	۰	۰	۱۳
۳	مشکین شهر	۰	۱	۰	۰	۹
۵	کوثر	۱	۰	۰	۰	۰
۶	گرمی	۱	۰	۰	۰	۰
۷	بیله سوار	۱	۰	۰	۰	۰
۸	نمین	۱	۰	۰	۰	۰
۹	نیر	۱	۰	۰	۰	۰
۱۰	سرعین					
	جمع					

دانشکده علوم پزشکی خلخال

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	خلخال	۰	۱	۰	۰	۶

استان اردبیل

ردیف	دانشگاه/دانشکده	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	اردبیل					
۲	خلخال	۰	۱	۰	۰	۶
	جمع	-	۳	۱	۲۴	۷۲



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	تبریز	۰	۰	۱	۵۴	۱۰۷
۲	اذر شهر	۱	۰	۰	۰	۰
۳	اسکو	۱	۰	۰	۰	۰
۴	اهر	۰	۱	۰	۰	۲۰
۵	بناب	۰	۱	۰	۰	۱۶
۶	بستان آباد	۱	۰	۰	۰	۱
۷	شبستر	۱	۰	۰	۰	۰
۸	عجبشیر	۱	۰	۰	۰	۰
۹	کلیبر	۱	۰	۰	۰	۰
۱۰	مرند	۰	۱	۰	۰	۱۶
۱۱	ملکان	۱	۰	۰	۰	۰
۱۲	میانه	۰	۱	۰	۰	۱۰
۱۳	هشترود	۱	۰	۰	۰	۰
۱۴	هادیشهر-جلفا	۱	۰	۰	۰	۰
۱۵	هریس	۱	۰	۰	۰	۰
۱۶	ورزقان	۱	۰	۰	۰	۰
۱۷	چایرولماق	۱	۰	۰	۰	۰
۱۸	خدا آفرین					
	جمع					

دانشکده علوم پزشکی مراغه

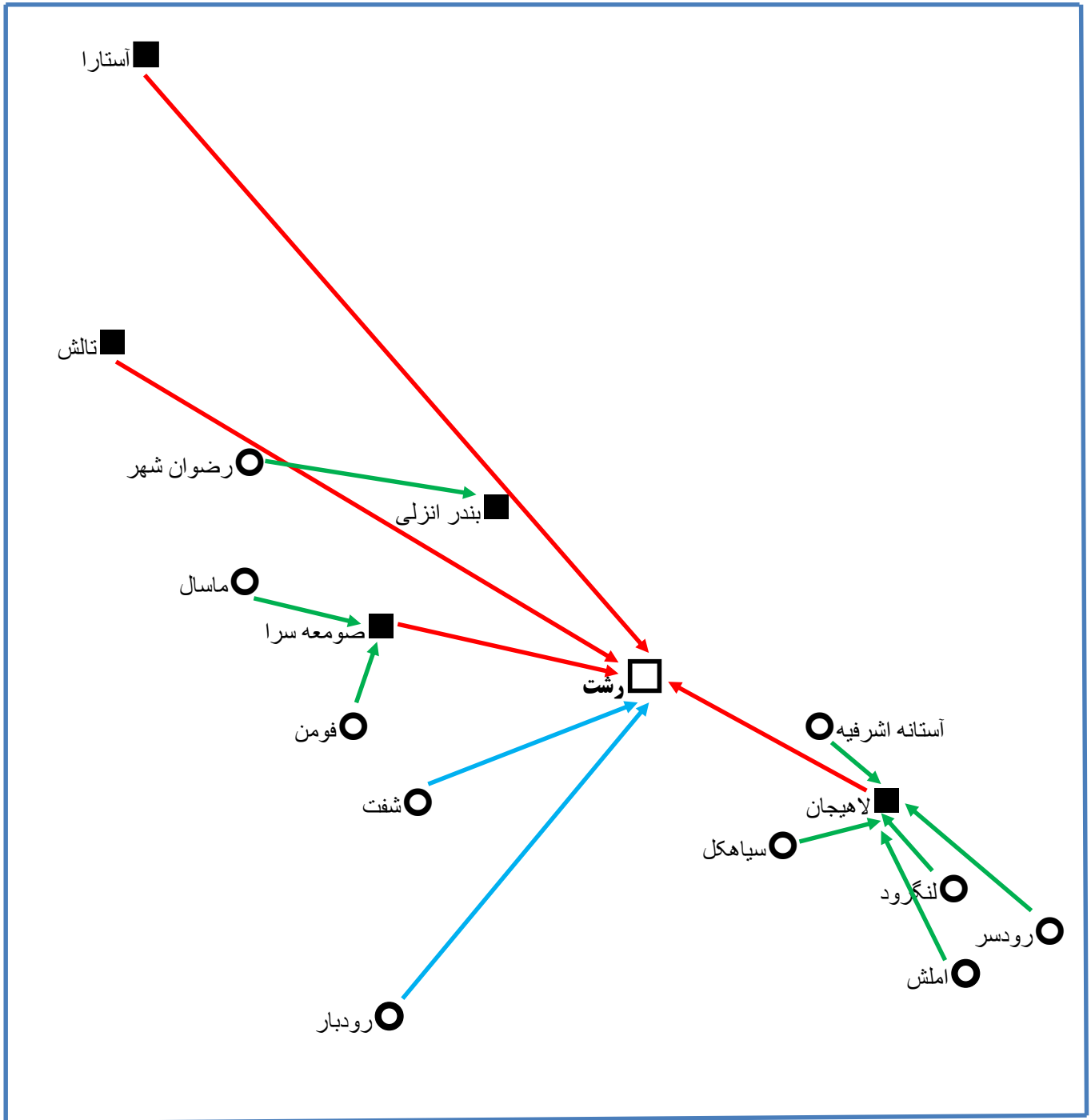
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	مراغه	۰	۰	۱	۱۱	۱۷

دانشکده علوم پزشکی سراب

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	سراب	۰	۱	۰	۰	۸

استان آذربایجان شرقی

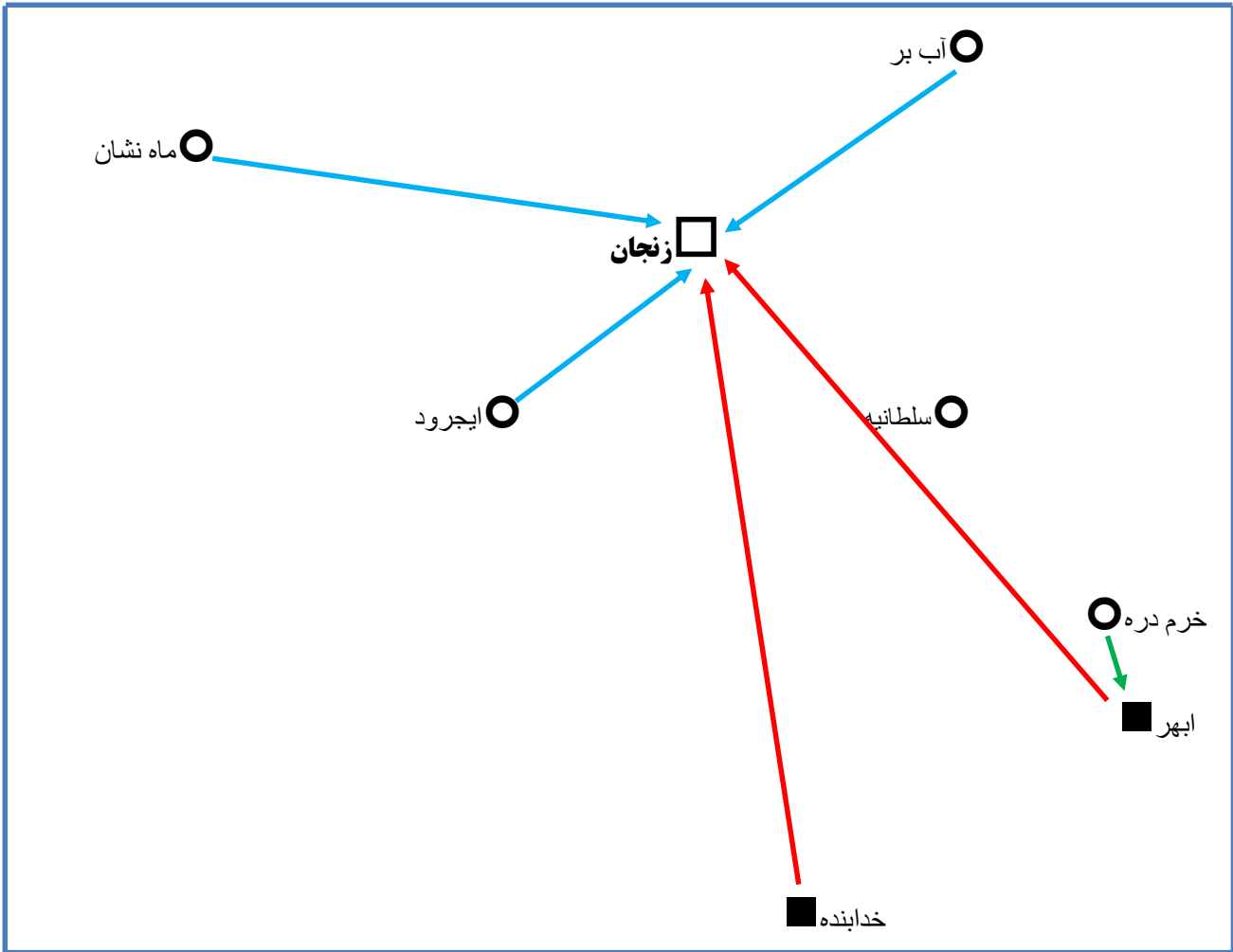
ردیف	دانشگاه / دانشکده	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	تبریز					
۲	مراغه	۰	۰	۱	۱۱	۱۷
۳	سراب	۰	۱	۰	۰	۸
	جمع					



دانشگاه علوم پزشکی کیلان

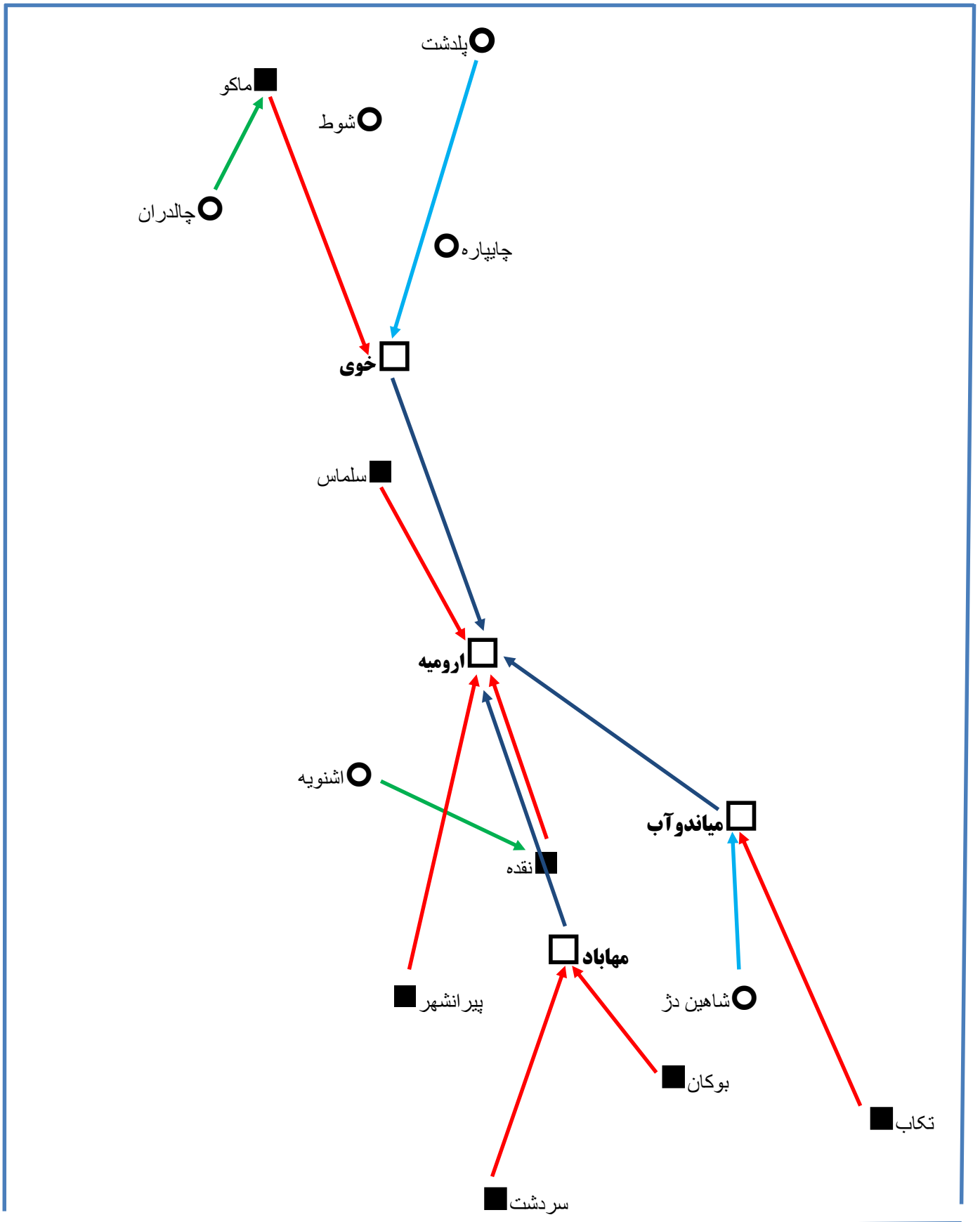
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	استارا	۰	۱	۰	۰	۶
۲	آستانه اشرفیه	۱	۰	۰	۰	۰
۳	بندر انزلی	۰	۱	۰	۰	۷
۴	تالش	۰	۱	۰	۰	۹
۵	رشت	۰	۰	۱	۳۲	۴۰
۶	رضوانشهر	۱	۰	۰	۰	۰
۷	رودبار	۱	۰	۰	۰	۰
۸	رودسر	۱	۰	۰	۰	۰
۹	صومعه سرا	۰	۱	۰	۰	۱۲
۱۰	فومن	۱	۰	۰	۰	۰
۱۱	لاهیجان	۰	۱	۰	۰	۲۲
۱۲	لنگرود	۱	۰	۰	۰	۰
۱۳	ماسال	۱	۰	۰	۰	۰
۱۴	منجیل	۰	۰	۰	۰	۰
۱۵	شفت					
۱۶	املش					
۱۷	سیاهکل					
	جمع	-	۵	۱	۳۲	۹۶

استان زنجان:



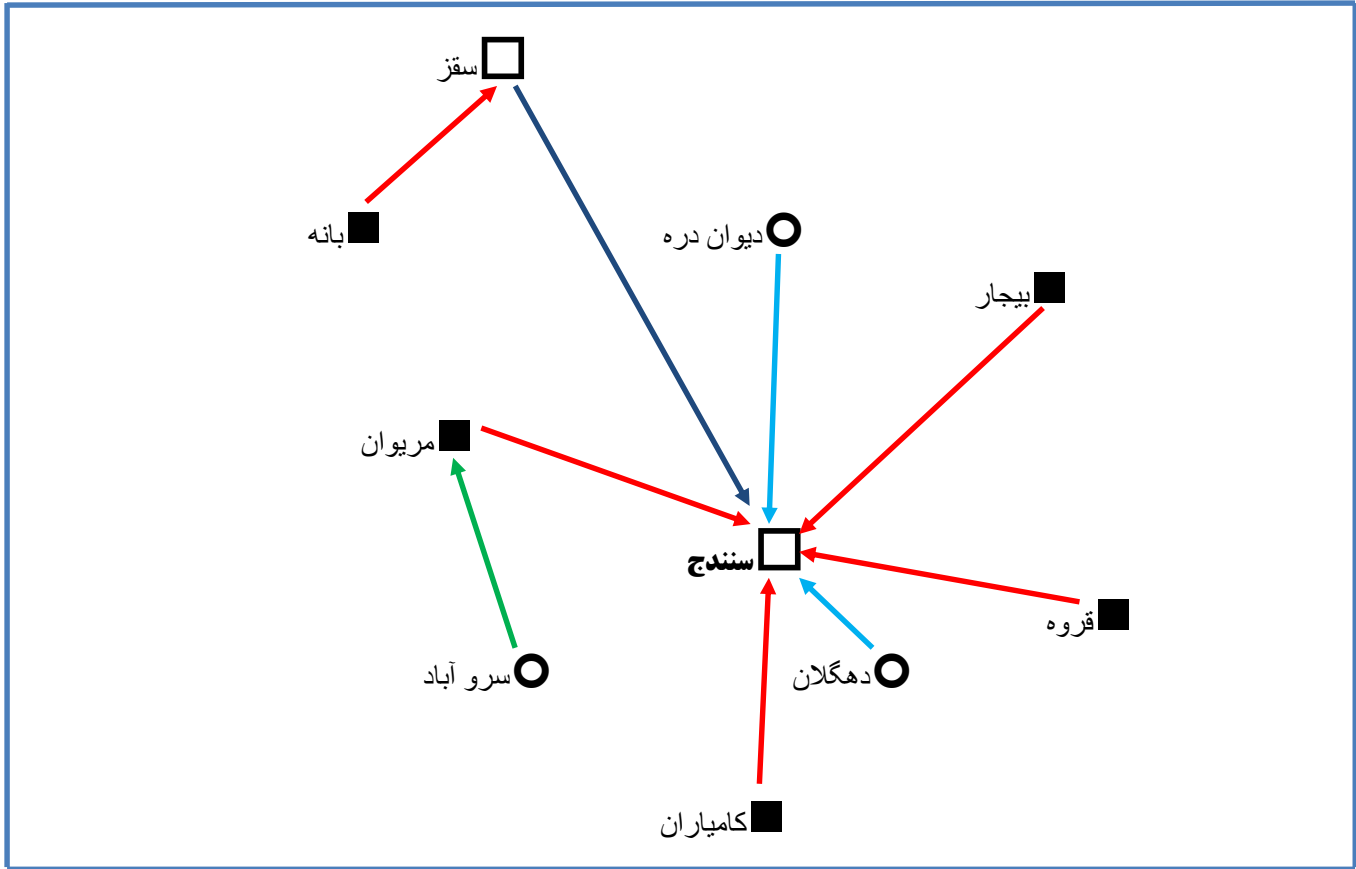
دانشگاه علوم پزشکی زنجان

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	زنجان	۰	۰	۱	۱۸	۳۰
۲	خدابنده	۰	۱	۰	۰	۱۱
۳	ابهر	۰	۱	۰	۰	۱۲
۴	طارم(آب بر)	۱	۰	۰	۰	۰
۵	خرمدره	۱	۰	۰	۰	۰
۶	ایجرود	۱	۰	۰	۰	۰
۷	ماهانشان	۱	۰	۰	۰	۰
۸	سلطانیه					
	جمع	-	۲	۱	۱۸	۵۳



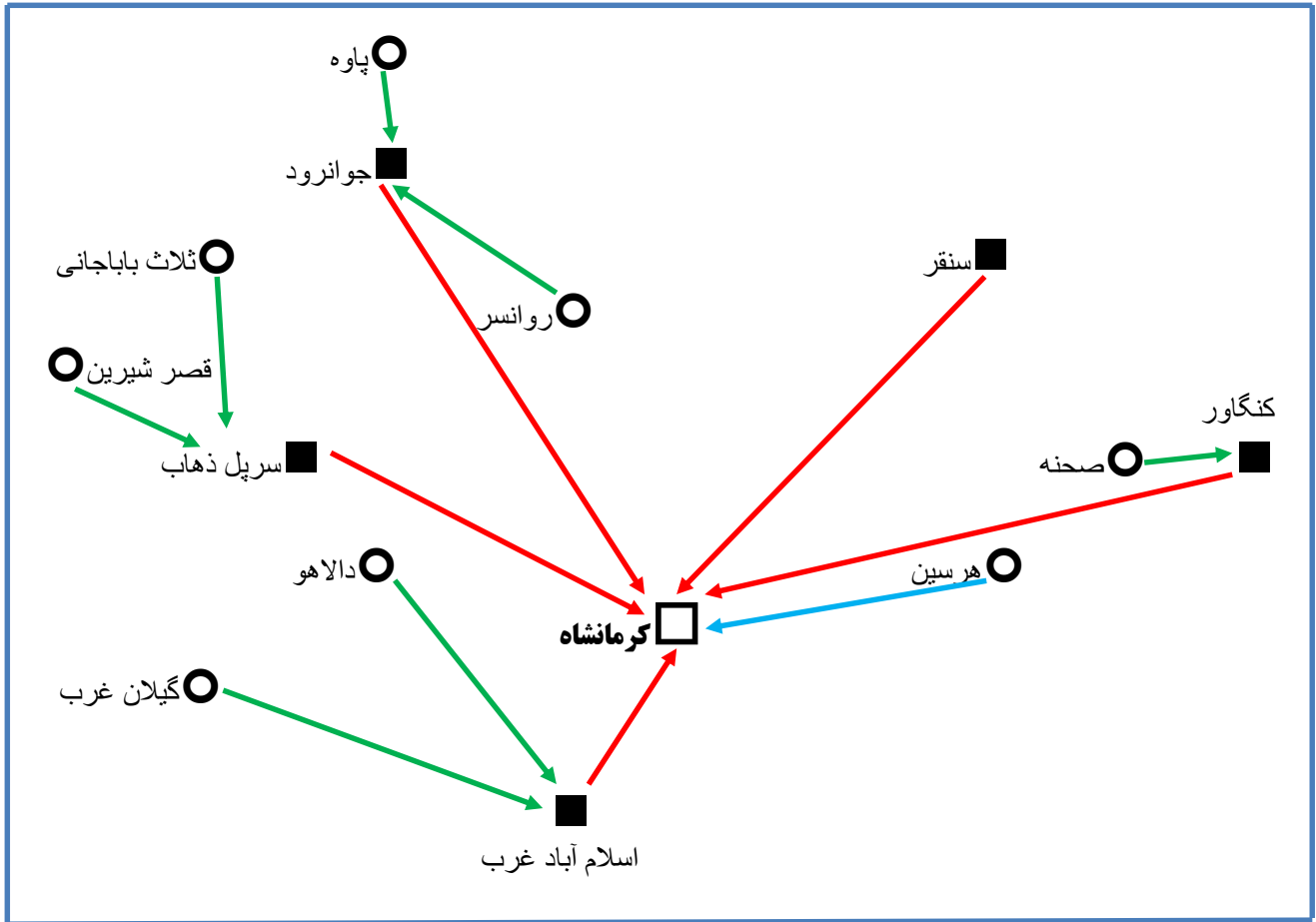
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	ارومیه	۰	۰	۱	۲۸	۴۸
۲	سلماس	۰	۱	۰	۰	۱۲
۳	خوی	۰	۰	۱	۱۲	۲۰
۴	چالدران	۱	۰	۰	۰	۰
۵	ماکو	۰	۱	۰	۰	۱۵
۶	شوط	۱	۰	۰	۰	۰
۷	پلدشت	۱	۰	۰	۰	۰
۸	نقده	۰	۱	۰	۰	۱۲
۹	مهاباد	۰	۰	۱	۱۰	۱۳
۱۰	میاندوآب	۰	۰	۱	۸	۱۹
۱۱	شاهین دژ	۱	۰	۰	۰	۰
۱۲	تکاب	۰	۱	۰	۰	۶
۱۳	بوکان	۰	۱	۰	۰	۱۲
۱۴	سردشت	۰	۱	۰	۰	۷
۱۵	بیرانشهر	۰	۱	۰	۰	۹
۱۶	اشنویه	۱	۰	۰	۰	۰
۱۷	چاپاره					
	جمع	-	۷	۴	۵۸	۱۷۳



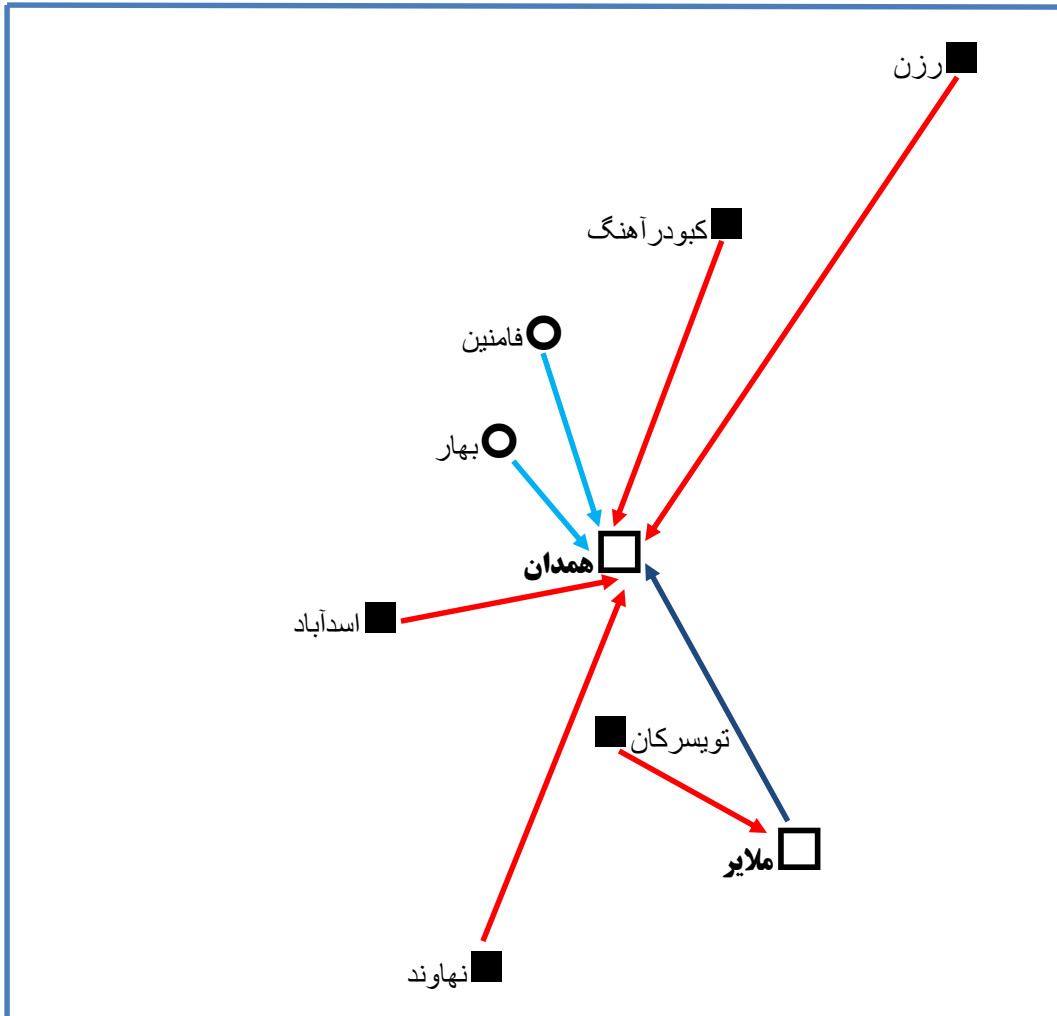
دانشگاه علوم پزشکی کردستان

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت بخش تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	سنندج	۰	۰	۱	۲۰	۲۹
۲	سقز	۰	۰	۱	۷	۱۲
۳	بانه	۰	۱	۰	۰	۸
۴	بیجار	۰	۱	۰	۰	۶
۵	مریوان	۰	۱	۰	۰	۱۲
۶	کامیاران	۰	۱	۰	۰	۶
۷	قروه	۰	۱	۰	۰	۸
۸	دیوان دره	۱	۰	۰	۰	۰
۹	دهگلان	۱	۰	۰	۰	۰
۱۰	سروآباد	۱	۰	۰	۰	۰
	جمع	-	۵	۲	۲۷	۸۱



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	اسلام اباد غرب	۰	۱	۰	۰	۱۲
۲	پاوه	۱	۰	۰	۰	۰
۳	جوانرود	۰	۱	۰	۰	۹
۴	سر پل ذهاب	۰	۱	۰	۰	۷
۵	سنقر	۰	۱	۰	۰	۶
۶	صحنه	۱	۰	۰	۰	۰
۷	قصر شیرین	۱	۰	۰	۰	۰
۹	کرمانشاه	۰	۰	۱	۳۵	۶۵
۱۰	کنگاور	۰	۱	۰	۰	۶
۱۱	گیلانغرب	۱	۰	۰	۰	۰
۱۲	دالاهو	۱	۰	۰	۰	۰
۱۳	ثلاث باباجانی	۱	۰	۰	۰	۰
۱۴	روان سر	۱	۰	۰	۰	۰
۱۵	هرسین	۱	۰	۰	۰	۰
۱۶	جمع	-	۵	۱	۳۵	۱۰۵



دانشگاه علوم پزشکی همدان

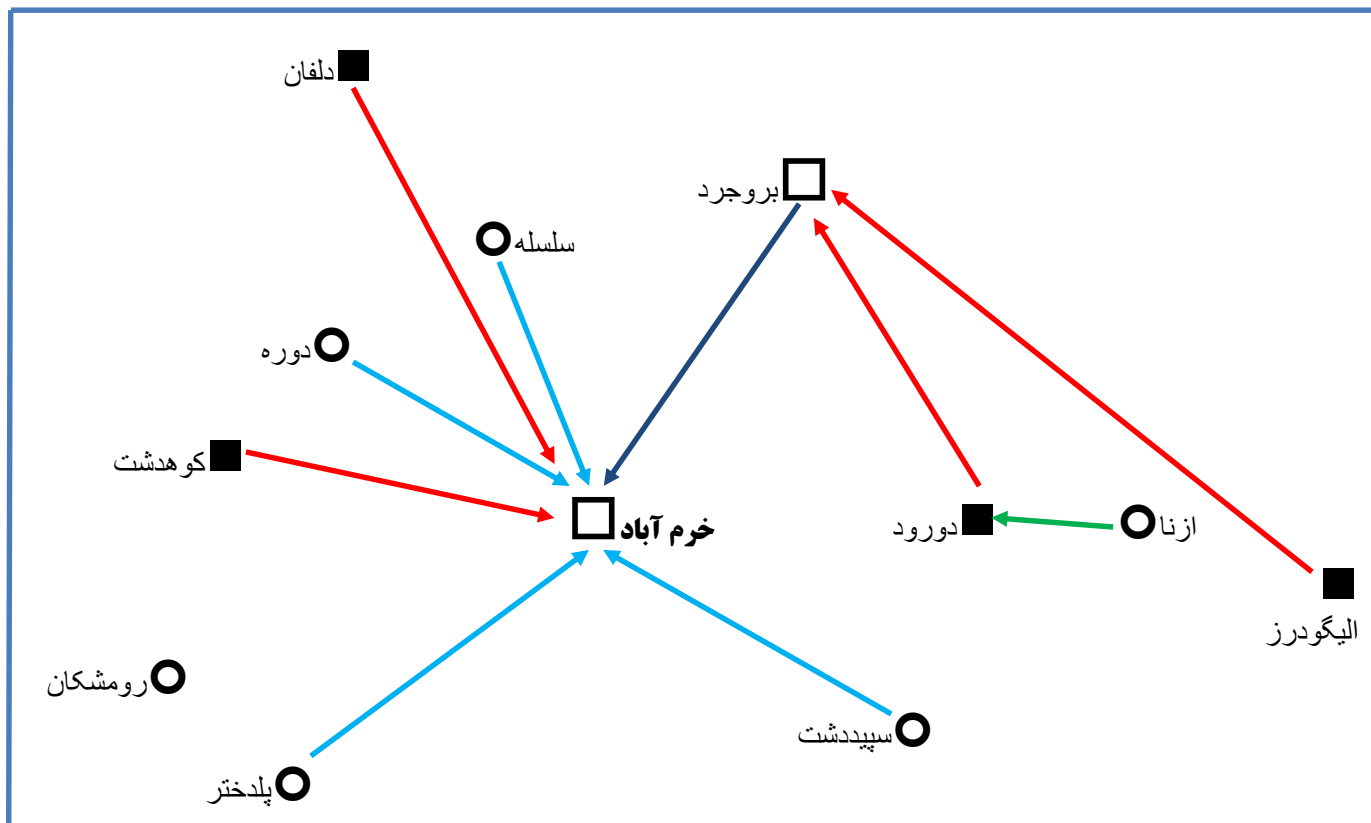
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	بهار	۱	۰	۰	۰	۰
۲	تویسرکان	۰	۱	۰	۰	۶
۳	فامنین	۱	۰	۰	۰	۰
۴	کبوتر اهنگ	۰	۱	۰	۰	۸
۵	ملایر	۰	۰	۱	۷	۱۵
۶	نهادند	۰	۱	۰	۰	۱۱
۷	همدان	۰	۰	۱	۲۳	۳۸
۸	رزن	۰	۱	۰	۰	۸
	جمع	۲	۴	۲	۳۰	۸۶

دانشکده علوم پزشکی اسدآباد

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	اسدآباد	۰	۱	۰	۰	۶

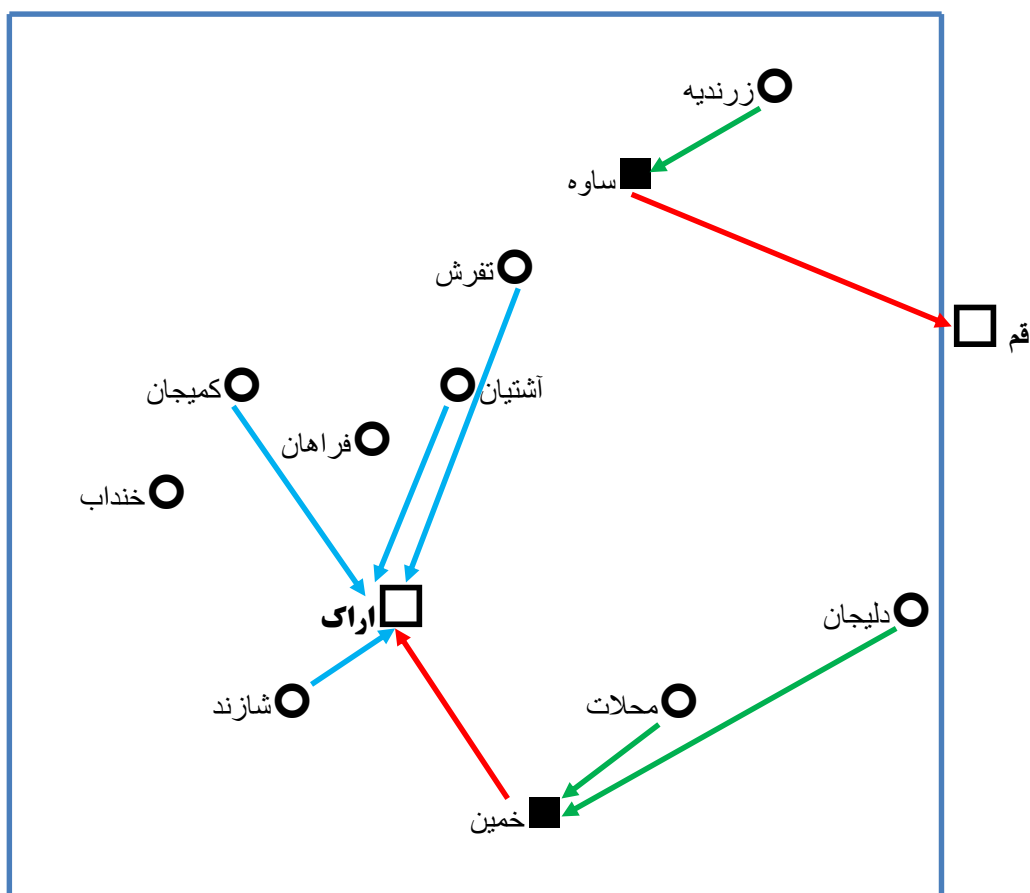
استان همدان

ردیف	دانشگاه/دانشکده	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	همدان	۲	۴	۲	۳۰	۸۶
۲	اسدآباد	۰	۱	۰	۰	۶



دانشگاه علوم پزشکی لرستان

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	ازنا	۱	۰	۰	۰	۰
۲	سلسله (الشر)	۱	۰	۰	۰	۰
۳	الیگودرز	۰	۱	۰	۰	۹
۴	بروجرد	۰	۰	۱	۱۰	۱۸
۵	پلدختر	۱	۰	۰	۰	۰
۶	خرم آباد	۰	۰	۱	۲۴	۳۹
۷	دررود	۰	۱	۰	۰	۱۳
۸	سپید دشت	۱	۰	۰	۰	۰
۹	کوهدشت	۰	۱	۰	۰	۱۴
۱۰	دلفان - نور آباد	۰	۱	۰	۰	۹
۱۱	دوره					
۱۲	رومشکان					
	جمع	-	۴	۲	۳۴	۱۰۲



استان قم و مرکزی:

دانشکده علوم پزشکی ساوه

شهرستان	شهرستان ۱	شهرستان ۲	شهرستان ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز سطح ۲
ساوه	۰	۱	۰	۰	۱۴
زرنديه	۱	۰	۰	۰	۰

دانشگاه علوم پزشکی خمین

شهرستان	شهرستان ۱	شهرستان ۲	شهرستان ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز سطح ۲
خمین	۰	۱	۰	۰	۸

دانشگاه علوم پزشکی قم

شهرستان	شهرستان ۱	شهرستان ۲	شهرستان ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز سطح ۲
قم	۰	۰	۱	۲۵	۶۰

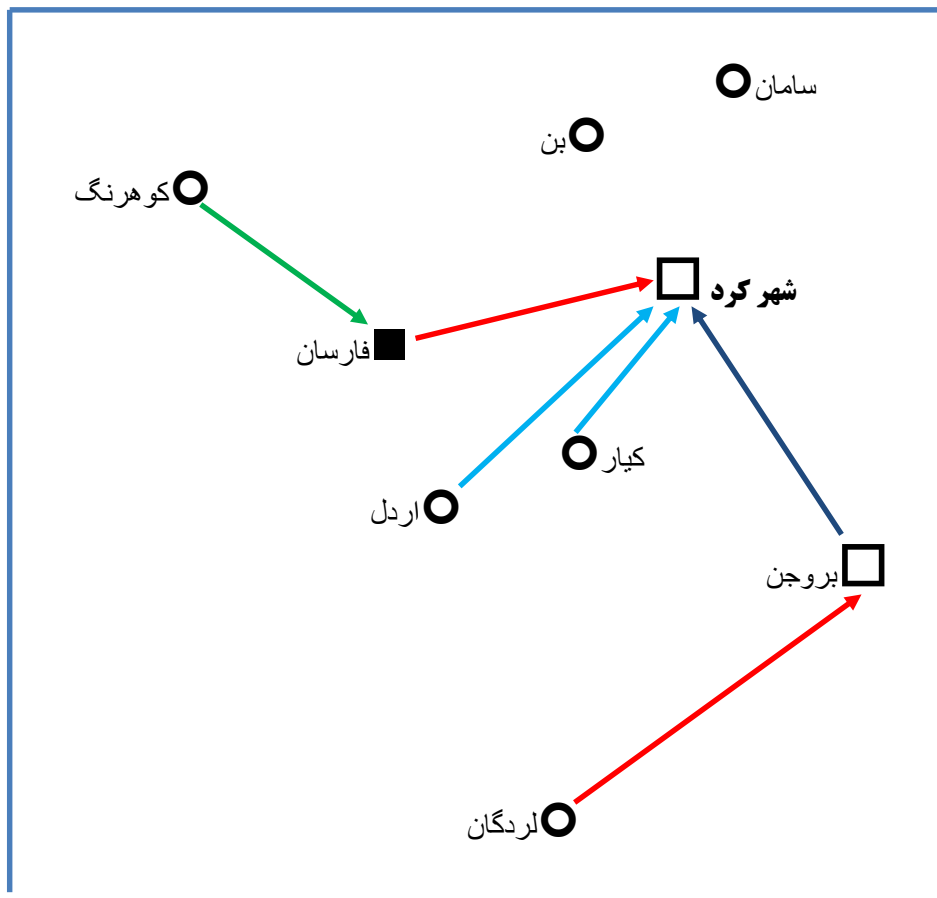
دانشگاه علوم پزشکی اراک

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱	شهرستان ۲	شهرستان ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	اراک	۰	۰	۱	۱۵	۳۷
۲	محلات	۱	۰	۰	۰	۰
۳	دلیجان	۱	۰	۰	۰	۰
۴	تفرش	۱	۰	۰	۰	۰
۵	اشتیان	۱	۰	۰	۰	۰
۶	کمیجان	۱	۰	۰	۰	۰
۷	شازند تامین	۱	۰	۰	۰	۰
۸	خنداب					
۹	فراهان					
	جمع	-	۲	۱	۱۵	۵۹

استان مرکزی

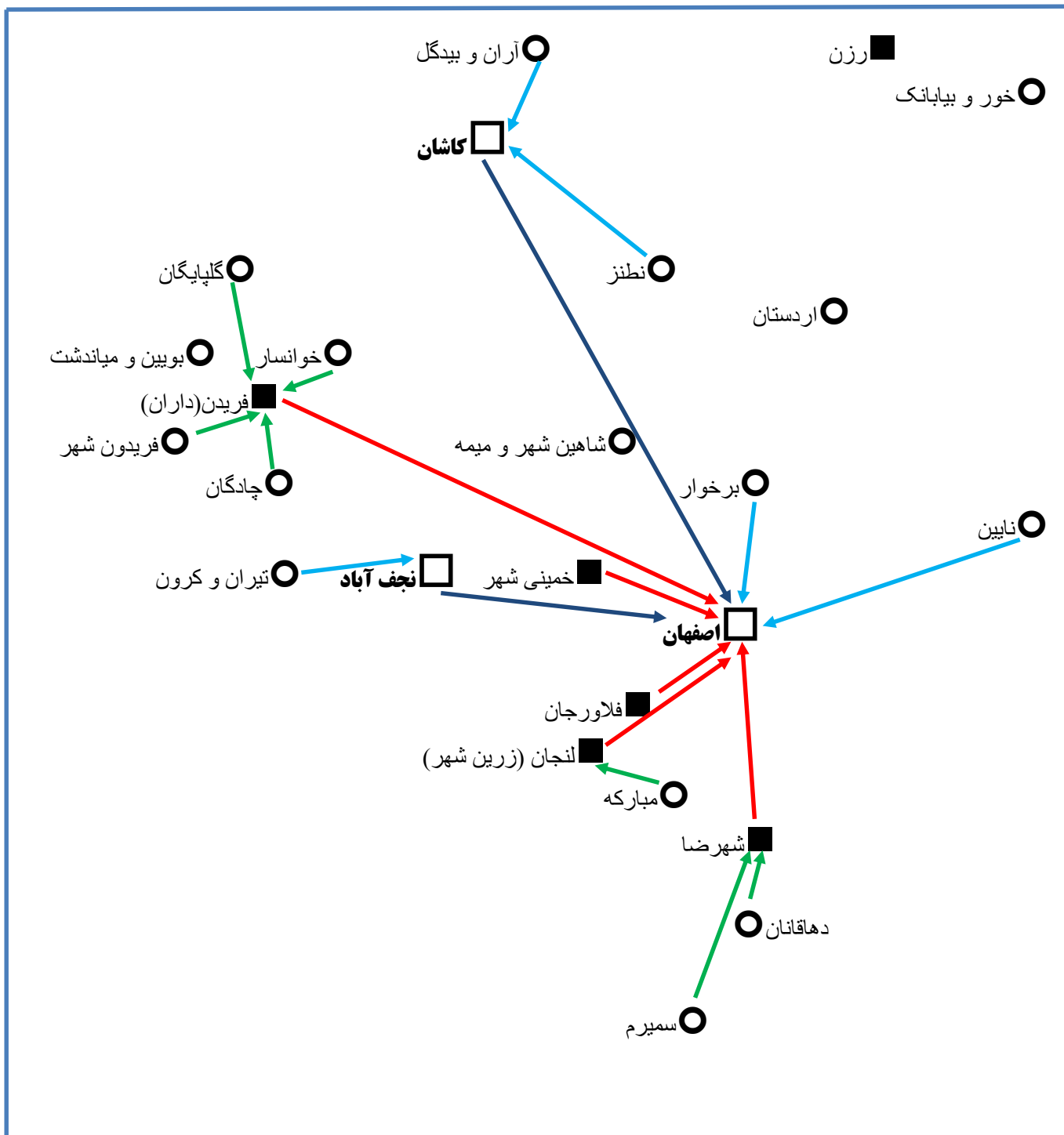
تعداد تخت تخصصی بخش نوزادان مورد نیاز سطح ۲	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	شهرستان سطح ۳	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۱	دانشگاه/دانشکده
					اراک
					ساوه
					خمین

استان چهار محال بختیاری



دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال بختیاری

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	شهرکرد	۰	۰	۱	۱۳	۲۸
۲	بروجن	۰	۰	۲	۶	۷
۳	لردگان	۰	۱	۰	۰	۱۴
۴	کیار(ناغان)	۲	۰	۰	۰	۰
۵	فارسان	۰	۲	۰	۰	۸
۶	اردل	۱	۰	۰	۰	۰
۷	کوهرنگ	۱	۰	۰	۰	۰
۸	سامان					
۹	بن					
	جمع	-	۲	۲	۱۹	۵۷



دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

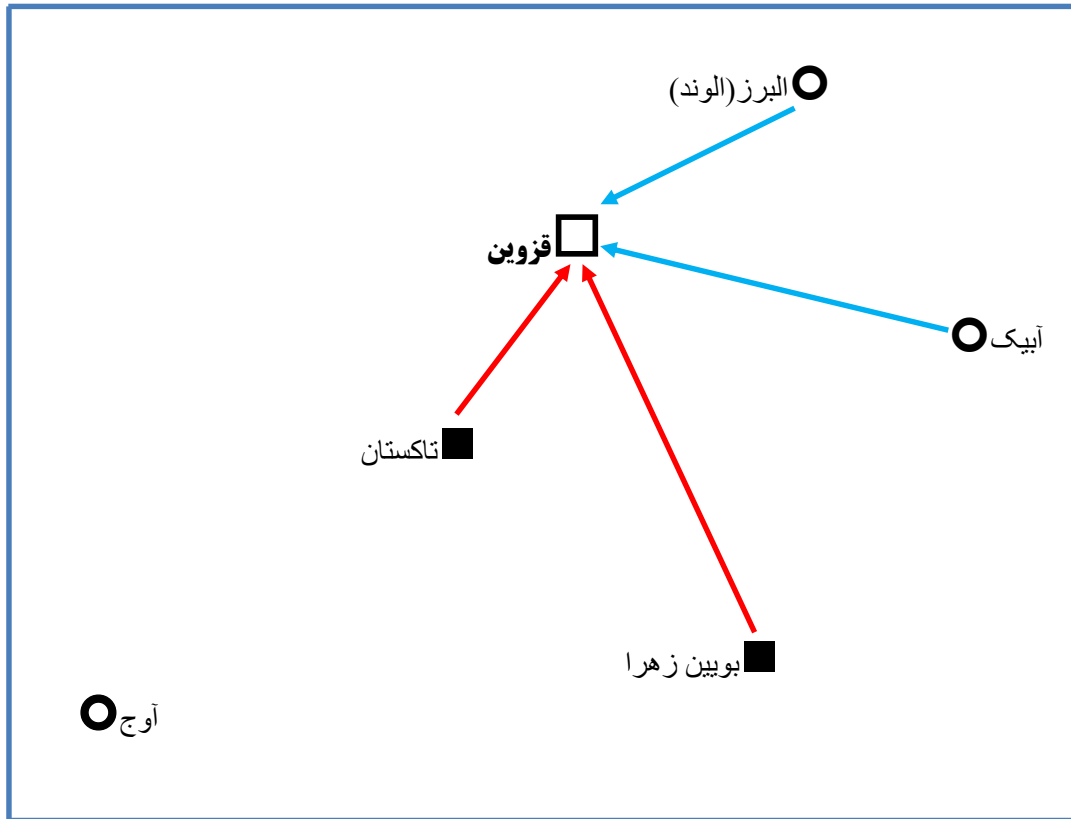
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	اصفهان	۰	۰	۱	۵۵	۱۱۶
۲	اردستان	۱	۰	۰	۰	۰
۳	شاهین شهر و میمه	۱	۰	۰	۰	۰
۴	خمینی شهر	۰	۱	۰	۰	۱۳
۵	خوانسار	۱	۰	۰	۰	۰
۶	دهاقان	۱	۰	۰	۰	۰
۷	سمیرم	۱	۰	۰	۰	۰
۸	شهر رضا	۰	۱	۰	۰	۱۲
۹	فلاورجان	۰	۱	۰	۰	۶
۱۰	فریدونشهر	۱	۰	۰	۰	۰
۱۱	فریدن(داران)	۰	۱	۰	۰	۱۳
۱۲	گلبایگان	۱	۰	۰	۰	۰
۱۳	لنجان (زرین شهر)	۰	۱	۰	۰	۱۶
۱۴	مبارکه	۱	۰	۰	۰	۰
۱۵	نجف آباد	۰	۰	۱	۱۰	۱۸
۱۶	نائین	۱	۰	۰	۰	۰
۱۷	قهدریجان(فلاورجان)	۱	۰	۰	۰	۰
۱۸	دهق علویجه(نجف آباد)	۱	۰	۰	۰	۰
۱۹	تیران و کرون	۱	۰	۰	۰	۰
۲۰	چادگان	۱	۰	۰	۰	۰
۲۱	برخوار	۱	۰	۰	۰	۰
۲۲	نطنز	۱	۰	۰	۰	۰
۲۳	خور و بیابانک					
۲۴	بویین و میاندشت					
	جمع					

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

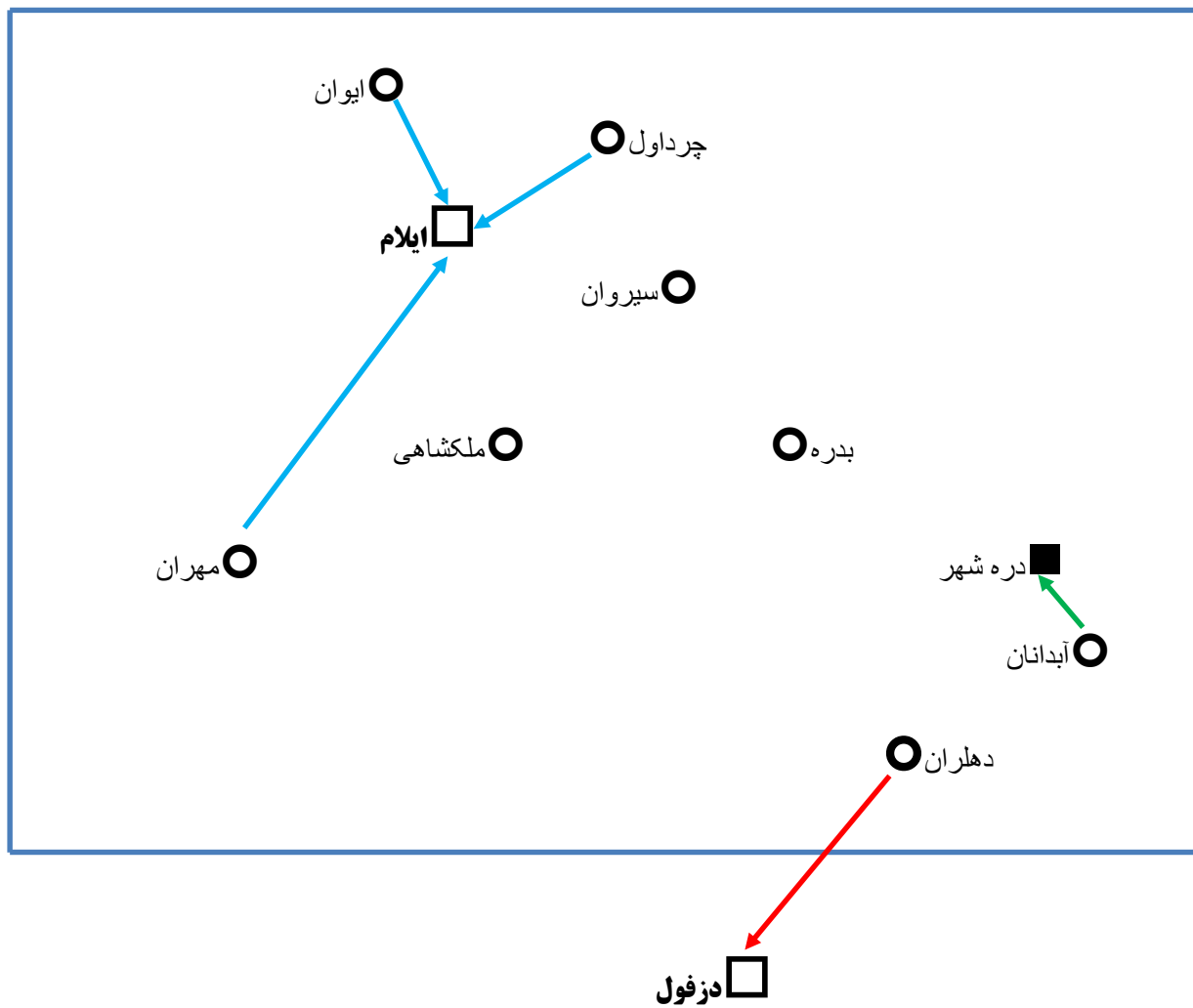
ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	کاشان	۰	۰	۱	۶	۱۸
۲	اران بید گل	۱	۰	۰	۰	۰
	جمع	-	۰	۱	۶	۱۸

استان اصفهان

ردیف	دانشگاه	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز شهرستان سطح ۲
۱	کاشان	۰	۰	۱	۶	۱۸
۲	اصفهان					
	جمع					

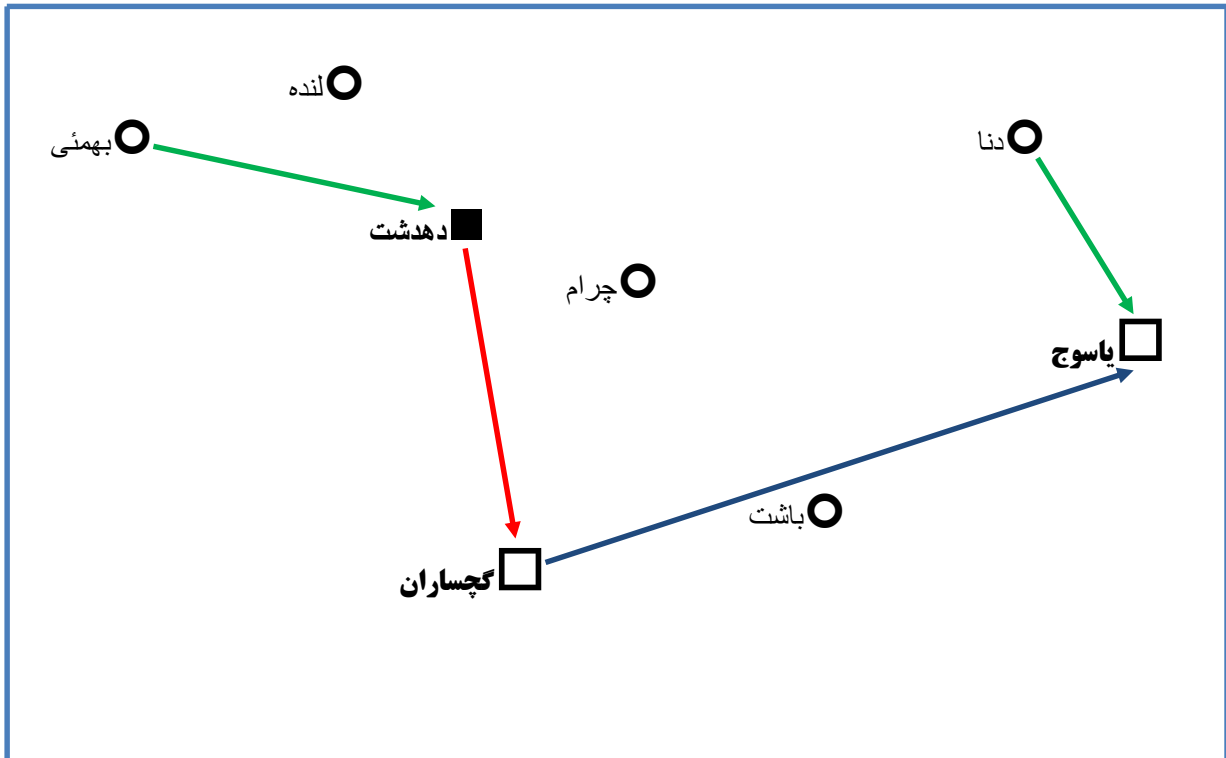


دانشگاه علوم پزشکی قزوین						
ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	قزوین	۰	۰	۱	۱۹	۴۰
۲	بوین زهرا	۰	۱	۰	۰	۶
۳	تاکستان	۰	۱	۰	۰	۱۱
۴	البرز (الوند)	۱	۰	۰	۰	۰
۵	آبیک	۱	۰	۰	۰	۰
۶	اوج					
	جمع	-	۲	۱	۱۹	۵۷



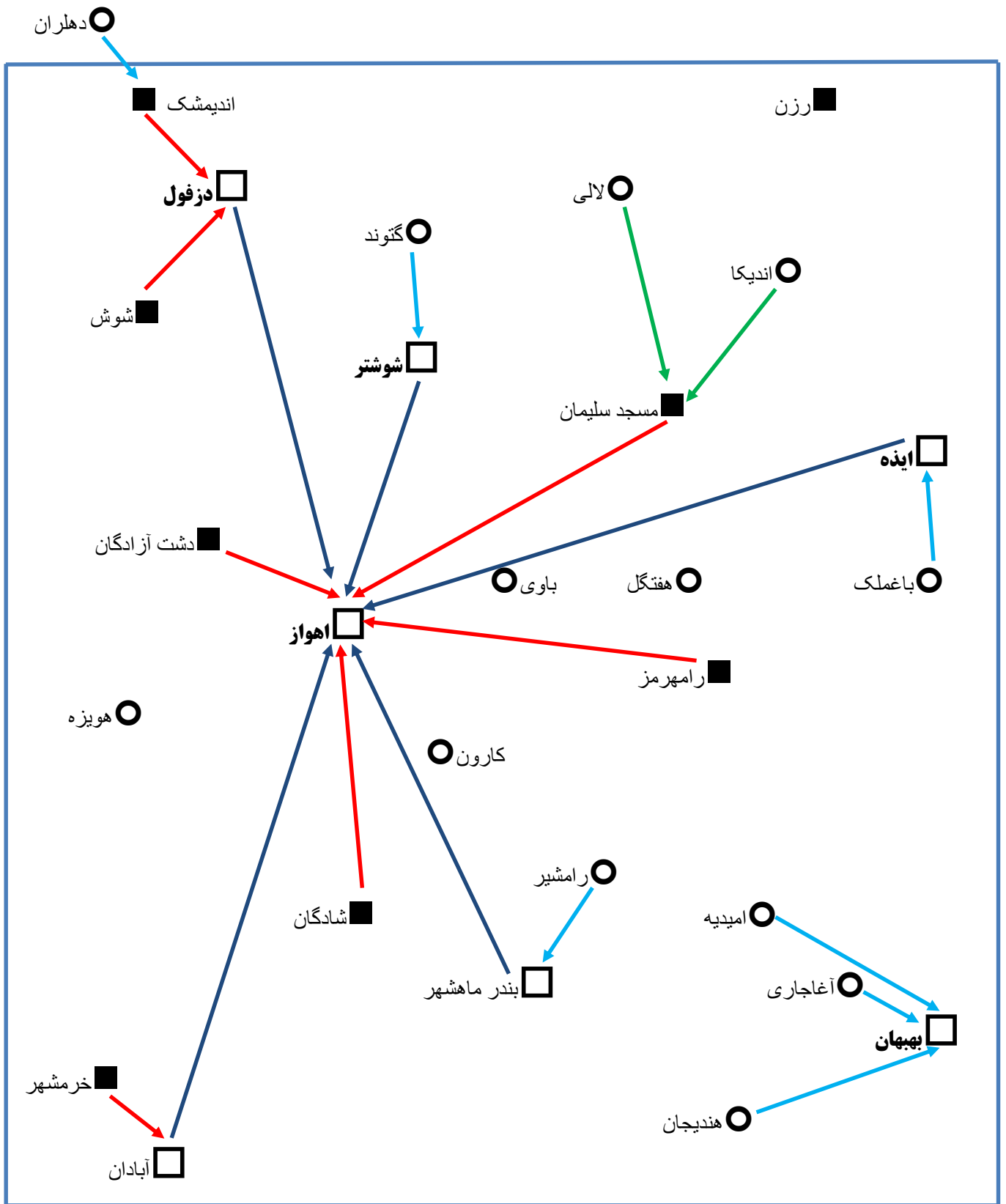
دانشگاه علوم پزشکی ایلام

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	ایلام	۰	۰	۱	۱۰	۲۰
۲	دره شهر	۰	۱	۰	۰	۷
۳	آبدانان	۱	۰	۰	۰	۰
۴	دهلران	۱	۰	۰	۰	۰
۵	چرداول (شیروان)	۱	۰	۰	۰	۰
۶	ایوان	۱	۰	۰	۰	۰
۷	مهران	۱	۰	۰	۰	۰
۸	ملکشاهی					
۹	شیروان					
۱۰	بدره					
	جمع	-	۱	۱	۱۰	۲۷



دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

ردیف	شهرستان	شهرستان ۱ سطح	شهرستان ۲ سطح	شهرستان ۳ سطح	تعداد تخت NICU مورد نیاز سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	بویر احمد (یاسوج)	۰	۰	۱	۷	۲۰
۲	بهمئی	۱	۰	۰	۰	۰
۳	دنا	۱	۰	۰	۰	۰
۴	گچساران	۰	۰	۱	۸	۸
۵	کهگیلویه (دهدهشت)	۰	۱	۰	۰	۲۸
۶	چرام					
۷	باشت					
۸	لنده					
	جمع	-	۱	۲	۱۵	۵۶



دانشگاه علوم پزشکی اهواز

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	اهواز	۰	۰	۱	۴۳	۹۹
۲	اندیمشک	۰	۱	۰	۰	۸
۳	لالی	۱	۰	۰	۰	۰
۴	دشت آزادگان (سوسنگرد)	۰	۱	۰	۰	۱۰
۵	رامهرمز	۰	۱	۰	۰	۸
۶	بندر ماهشهر	۰	۰	۱	۶	۱۹
۷	رامشیر	۱	۰	۰	۰	۰
۸	هندیجان	۱	۰	۰	۰	۰
۹	مسجد سلیمان	۰	۱	۰	۰	۱۲
۱۰	باغ ملک	۱	۰	۰	۰	۰
۱۱	ایذه	۰	۰	۱	۶	۱۸
۱۲	امیدیه	۱	۰	۰	۰	۰
۱۳	اندیکا					
۱۴	هفتگل					
۱۵	هويزه					
۱۶	باوی					
۱۷	حمیدیه					
۱۸	کارون					
	جمع					

دانشکده علوم پزشکی آبادان

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	آبادان	۰	۰	۱	۱۰	۱۸
۲	خرمشهر	۰	۱	۰	۰	۱۲
۳	شادگان	۰	۱	۰	۰	۱۰
	جمع					

دانشکده علوم پزشکی دزفول

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	دزفول	۰	۰	۱	۱۵	۲۴
۲	شوش	۰	۱	۰	۰	۱۲
۳	گتوند	۱	۰	۰	۰	۰
	جمع					

دانشکده علوم پزشکی شوشتر

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	شوشتر	۰	۰	۱	۸	۱۴

دانشکده علوم پزشکی بهبهان

ردیف	شهرستان	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	بهبهان	۰	۰	۱	۶	۱۷
۲	آغاچاری	۱	۰	۰	۰	۰
	جمع					

استان خوزستان

ردیف	دانشگاه/ دانشکده	شهرستان سطح ۱	شهرستان سطح ۲	شهرستان سطح ۳	تعداد تخت NICU مورد نیاز شهرستان سطح ۳	تعداد تخت تخصصی نوزادان مورد نیاز سطح ۲
۱	اهواز					
۲	آبادان					
۳	دزفول					
۴	شوشتر	۰	۰	۱	۸	۱۴
۵	بهبهان					
	جمع					

مشاوره و انتقال مادر و نوزاد یکی از ارکان بسیار کلیدی برنامه سطح بندی خدمات پری ناتال است. در این فصل ابتدا جداول تبیین کننده موارد مورد نیاز برای مشاوره و انتقال بر اساس سطح بیمارستانی و سطح بعدی ارجاع به نمایش در آمده است. و بعد از آن راهنمای بالینی انتقال مادر و نوزاد آورده شده است.

چند نکته اساسی در مورد انتقال مادر و نوزاد وجود دارد که به صورت خلاصه بیان می شود:

۱. به صورت عمومی توصیه می شود همواره مشاوره مقدمه انتقال باشد. بهتر است از انتقال بدون مشاوره پرهیز شود. لذا اساتید مشاوره که اساتید معین منطقه و دانشگاه هستند همواره در دسترس باشند به گونه ای که در هر ساعتی از شبانه روز قادر به پاسخگویی باشند.
۲. استانداردهای مراقبت در طی انتقال نباید متوقف شده یا کیفیت آنها کاهش یابد. در این راستا تیم مراقبتی سطح پایین قادر نخواهند بود کیفیت را مراقبت ارتقا داده و بالین نوزاد یا مادر را به طرف پایداری سوق دهند از این رو انتقال دو سویه باید متداول شود. منظور از انتقال دو سویه این است که تیم انتقال بیمارستان سطح ۳ منطقه یا دانشگاه با آمبولانس به سطوح پایین رفته و نوزاد بدحال را پایدار کرده و به سطح بالا تر انتقال می یابد.
۳. انتقال بیمار توسط آمبولانس یا هلیکوپتر بستری مادر یا نوزاد در یک بیمارستان یک تخته در حال حرکت است. عدم پایداری و در معرض خطر بودن حزو اجزاء اجتناب ناپذیر آن می باشد. تیم انتقال بهتر است از افرادی انتخاب شوند که علاوه بر مهارت در مراقبت بالینی مورد نیاز نوزاد یا مادر توانایی های بدنی قابل توجه نیز داشته باشند. توصیه می شود این افراد بعد از آزمون های قدرت بدنی در انتقال، جابجایی و جرکت دادن وسایل سنگین مرتبط به انتقال انتخاب شوند.

جدول مشاوره و انتقال مادر و نوزاد

مراقبتهای دوران بارداری			
<p>شرایطی که <u>سطح سه</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:</p> <p>تمامی موارد</p>	<p>شرایطی که <u>سطح دو</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مادران بالای ۴۲ سال (اگر غربالگری ژنتیکی و نتایج سونوگرافی آنها نرمال باشد). • مادران زیر ۱۶ سال اگر محل زندگی آنها نزدیک بیمارستان سطح ۲ باشد. 	<p>شرایطی که <u>سطح یک</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلیه مادران باردار بدون عارضه، با حاملگی چهارم یا کمتر که سن آنها بین ۱۶ تا ۳۷ سال تمام است. مادران باردار مناطق روستایی که سن آنها زیر ۱۶ سال است حداقل یکبار باید توسط پزشک ویزیت شوند. • مادرانی که سن آنها بین ۳۷ تا ۴۱ سال می باشد ترجیحاً باید در بیمارستان-زایمان نمایند و مراکز زایمان (تسهیلات) برای آنها مناسب نیست. 	سن
<ul style="list-style-type: none"> • میاستنی گراویس در حاملگی. • کلیه بیماریهای اتوایمیون در حاملگی. 	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی های ابتدایی در بیمارستان سطح ۳ انجام شوند. 	<ul style="list-style-type: none"> • باید بلافاصله و مستقیم به بیمارستان سطح ۳ منتقل شوند. 	بیماریهای اتوایمیون
<ul style="list-style-type: none"> • مادر مبتلا به بیماریهای دریچه ای قلب. • سابقه جراحی قلبی. • مادر مبتلا به بیماریهای هماتولوژیکی در حاملگی (بیماری آنمی داسی شکل، هموگلوبینوپاتی و غیره). 	<ul style="list-style-type: none"> • مادر مبتلا به بیماریهای دریچه ای قلب که از سطح ۳ ارجاع داده شود (بررسی های ابتدایی در سطح ۳ انجام شود). • آنمی (هموگلوبین کمتر از ۸) 	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه ابتلا به تب روماتیسمی بدون عارضه با نارسایی قلبی بدون علامت. 	بیماریهای قلبی-عروقی

ادامه: مراقبتهای دوران بارداری

شرایطی که <u>سه</u> سطح قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که <u>دو</u> سطح قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که <u>یک</u> سطح قادر به مدیریت آنها می باشد:	
<ul style="list-style-type: none"> • کلیه مشکلات آندوکراین در بارداری باید ابتدا در سطح ۳ بررسی شده و در صورت نیاز به سطح ۲ ارجاع داده شوند. • کلیه درمانهای دارویی دیابت در بارداری (در صورت امکان). • بیماری تیروئید در بارداری (بررسی های ابتدایی). 	<ul style="list-style-type: none"> • کلیه بیماران مبتلا به دیابت (اگر بیمار مذکور درمان دارویی دریافت می کند بهتر است در سطح ۳ مراقبت شود). • مشکلات آندوکراین در بارداری بعد از بررسی های لازم در سطح ۳. 	<ul style="list-style-type: none"> • غربالگری دیابت دوران بارداری. • سابقه فامیلی دیابت. • گلوکزآوری با سطح نرمال گلوکز در خون. • سابقه ابتلا به دیابت در بارداری قبلی. • با سطح طبیعی گلوکز در حاملگی فعلی. 	بیماریهای آندوکراین:
<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی های دوقلویی عارضه دار مثل ترانسفوزیون خون از جنین به جنین دیگر، تمام دوقلویی های مونوکوریونیک، سه قلویی یا بیشتر. • کلیه آنومالیهای جنینی که توسط سونوگرافی تشخیص داده شده اند. • سابقه آنومالی جنینی در حاملگی های قبلی یا تاریخچه فامیلی آنومالی. • کلیه شیوه های تهاجمی سونوگرافی به استثنای آمینوسنتز برای تشخیص رشد ریه های جنین. 	<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی های دوقلویی دی - کوریونیک بدون عارضه. • ادامه مراقبتهای آنومالیهای جنینی که بررسی ابتدایی آنها در سطح ۳ انجام گرفته است. • آمینوسنتز برای انجام تستهای مربوط به رشد ریه جنین. 	<ul style="list-style-type: none"> • دوقلویی به سطح ۲ منتقل میشود. 	طب جنین:
<ul style="list-style-type: none"> • مادران باردار مبتلا به یرقان که به این سطح منتقل شده اند. • سابقه کبد چرب حاد در بارداری. 	<ul style="list-style-type: none"> • مادر مبتلا به یرقان در بارداری باید به سطح ۳ منتقل شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • مادر مبتلا به یرقان در بارداری باید به سطح ۳ منتقل شود. 	بیماریهای گوارشی:

ادامه: مراقبتهای دوران بارداری

<p>شرایطی که <u>سطح سه</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:</p>	<p>شرایطی که <u>سطح دو</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:</p>	<p>شرایطی که <u>سطح یک</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:</p>	
<p>تست مثبت HIV با بیماری شدید ریوی.</p>	<p>• تست مثبت HIV با معلولیت شدید جسمی. • بیماری ایدز در سطح ۳ یا ۴.</p>	<p>• تست مثبت HIV با CO₄ کمتر از ۲۵۰ بود باید به مرکز بهداشت استان منتقل شود.</p>	<p>بیماری ایدز:</p>
<p>• هیپرتانسیون ایجاد شده در بارداری که جهت کنترل آن به بیشتر از دو نوع دارو با حداکثر دوز نیازمند باشیم.</p>	<p>• هیپرتانسیون ایجاد شده در بارداری با پروتئینوری. • هیپرتانسیون مزمن در بارداری یا ایجاد شده در بارداری که نیازمند استفاده از داروهای بیشتری جهت کنترل آن هستیم. • سابقه حاملگی یا پره اکلامپسی شدید و زودرس.</p>	<p>• هیپرتانسیون مزمن یا هیپرتانسیون ایجاد شده در بارداری [بدون پروتئینوری]، که به خوبی توسط دارو کنترل شده باشد (یک دارو با حداکثر دوز آن). • سابقه هیپرتانسیون بارداری (بررسی ابتدایی مادر).</p>	<p>هیپرتانسیون بارداری:</p>
<p>• مادری که تحت درمان دارویی اپی لپسی قرار دارد ولی دچار حملات عود کننده تشنج می شود.</p>	<p>• مادری که تحت درمان دارویی اپی لپسی قرار دارد.</p>	<p>• مادری که تحت درمان اپی لپسی نبوده و در دو سال اخیر دچار تشنج نشده باشد.</p>	<p>بیماریهای سیستم عصبی:</p>
<p>• سابقه دو بار یا بیشتر کندگی جفت که از ۲۸ هفتگی باید در این مراکز کنترل شوند.</p>	<p>• سابقه دو بار یا بیشتر کندگی جفت (بعد از ۲۸ هفتگی باید به سطح ۳ منتقل شود).</p>	<p>• سابقه یکبار کندگی جفت (مراقبت باید براساس پروتکل صورت گیرد).</p>	<p>سابقه عوارض مامایی:</p>
<p>• آسم کنترل نشده. • هرگونه بیماری ریوی شدید که منجر به عملکردضعیف ریه ها شود.</p>	<p>• سل عارضه دار. • آسم عارضه دار.</p>	<p>• سل ریوی بدون عارضه. • آسم خفیف یا متوسط، وابستگی به داروهای استروئیدی.</p>	<p>بیماریهای سیستم تنفسی:</p>
<p>• BMI مادر ۳۰ یا بالاتر از ۳۰ باشد.</p>	<p>• BMI مادر بین ۲۵-۳۰ باشد.</p>	<p>• BMI مادر کمتر از ۲۵ باشد.</p>	<p>وزن</p>

مراقبت‌های حین زایمان (لیبر)			
شرایطی که <u>سطح سه</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که <u>سطح دو</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که <u>سطح یک</u> قادر به مدیریت آنها می باشد:	
اگر در سطح ۳ علاوه بر عوارض مربوط به این سطح، مسایل دیگری رخ دهد که قابل مدیریت در سطوح ۱ و ۲ می-باشند، نباید انتقال به سطوح پایین‌تر انجام گیرد بلکه باید مراقبت‌ها در همین سطح ادامه یابد (مثل باقی ماندن جفت در رحم).	مداخله فوری و تثبیت وضعیت کلیه مادران با حاملگی و زایمان عارضه‌دار قبل از انتقال آنها به سطح ۳.	مداخله فوری و تثبیت وضعیت کلیه مادران با حاملگی و زایمان عارضه‌دار قبل از انتقال آنها به سطح ۲ یا ۳.	
• کندگی جفت با مرگ داخلی رحمی، DIC یا نارسایی کلیوی (اینداکشن قبل از انتقال به سطح ۳ شروع شده باشد).	• کندگی جفت بدون عارضه.	• اگر دیسترس جنینی با جنینی که قابلیت زنده ماندن در سطح یک تشخیص داده شود باید سزارین انجام شده و برای مراقبت‌های بیشتر بعد از زایمان انتقال به سطوح بالاتر انجام گیرد.	کندگی جفت:
• مادر بارداری که به دلیل ابتلا به آسیب‌های قلبی تحت درمان با داروهای آنتی گواگولاتیو قرار دارد. • مادران باردار مبتلا به بیماری قلبی تشخیص داده شده یا اختلالات دریچه‌ای قلب. • سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی در طول بارداری یا بعد از زایمان.	• مادر بارداری که به دلایلی غیر از بیماری‌های قلبی تحت درمان داروهای آنتی گواگولاتیو می‌باشد (بطور مثال ترومبوز وریدهای عمقی) • مادر باردار یا زایمان کرده‌ای که مبتلا به ترومبوز وریدهای عمقی بوده یا مبتلا به آمبولی ریوی است.		بیماری‌های قلبی - عروقی:
• اکلامپسی به همراه آسیب‌های ارگانهای بدن بطور مثال پلاکتهای خونی بیشتر از $100 \times 10^9 \text{ mm}^3$.	• اکلامپسی بدون آسیب‌های ارگانهای بدن.	• وضعیت مادر باردار باید تثبیت شده و بطور مناسب به سطوح بالاتر انتقال یابد.	اکلامپسی:

ادامه مراقبتهای حین زایمان (لیبر)

شرایطی که سطح سه قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح دو قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح یک قادر به مدیریت آنها می باشد:	
<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی خارج رحمی پیشرفته (بالای ۲۳ هفته) یا توأم با تهاجم جفت در ارگانها (بطور مثال کبد). 	<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی خارج رحمی زیر ۲۴ هفته که هیچگونه عارضه ای نداشته باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی خارج رحمی پاره شده باید در همان بیمارستانی مورد جراحی قرار گیرد که مادر به آن مراجعه کرده است. 	حاملگی خارج رحمی
<ul style="list-style-type: none"> • مادران باردار مبتلا به یرقان یا هپاتیت باید فوری در این سطح پذیرش و مراقبت شوند. 	<ul style="list-style-type: none"> • مادران باردار مبتلا به یرقان یا هپاتیت باید فوری به سطح سه منتقل شوند. 	<ul style="list-style-type: none"> • مادران باردار مبتلا به یرقان یا هپاتیت باید فوری به سطح سه منتقل شوند. 	بیماریهای گوارشی:
<ul style="list-style-type: none"> • حمله پره اکلامپسی زودرس [قبل از ۳۴ هفته] توأم با علایم بسیار شدید و خطرناکی که توجیه کننده القاء زودرس زایمان می باشند. • پره اکلامپسی در هر سنی از بارداری که توأم با هر یک از علایم زیر باشد: اختلالات انعقادی، نارسایی کلیه، ادم ریوی یا سندرم هلپ. • کلیه موارد هیپرتانسیون در بارداری که نیاز به بیش از دو نوع دارو برای کنترل فشارخون آنها وجود داشته باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> • حمله پره اکلامپسی قبل از هفته ۳۴ بارداری؛ در اینصورت مدیریت محافظت کارانه پره اکلامپسی مناسب است. • اداره پره اکلامپسی با حاملگی ۳۴ هفته و بالاتر (به شرطی که عوارض مادری شدیدی وجود نداشته باشد). • کلیه موارد هیپرتانسیون در بارداری که نیاز به ۲ نوع دارو برای کنترل فشارخون آنها وجود دارد. 	<ul style="list-style-type: none"> • برای مادران بارداری که دچار هیپرتانسیون مزمن یا ایجاد شده در بارداری بود و بیماری آنها بوسیله یک نوع دارو به خوبی کنترل شده است. اینداکشن در لیبر آغاز می شود. • فشارخون سیستولیک در لیبر بیش از ۹۰ ولی کمتر از ۱۱۰ باشد یا فرد دچار پروتئینوری نباشد و سن حاملگی نیز ۳۵ هفته یا بالاتر باشد. • سایر مادران مبتلا به هیپرتانسیون در بارداری باید در سطوح ۲ و ۳ مراقبت شوند. 	هیپرتانسیون در بارداری:

ادامه مراقبتهای حین زایمان (لیبر)

شرایطی که سطح سه قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح دو قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح یک قادر به مدیریت آنها می باشد:	
<ul style="list-style-type: none"> • محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین. 		<ul style="list-style-type: none"> • سزارین برای عدم پیشرفت رشد جنین یا دیسترس جنینی با حاملگی بیش از ۳۵ هفته. • طولانی شدن مراحل یک و دو لیبر در مادران بدون عارضه خاص. • پرزانتاسیون غیرعادی در مادران بدون عارضه خاص. • خونریزی و اژنیال قبل از هفته ۲۶ در مادران بدون عارضه خاص. • زایمان واژنیال بعد از یک بار سزارین در مادران باردار بدون عارضه. • سزارین انتخابی در بارداری ترم در مادران بدون عارضه. • اینداکشن (القای لیبر) در مادران بدون عارضه (بطور مثال؛ حاملگی طول کشیده، مرگ جنین داخل رحم یا هیپرتانسیون مزمن). • کاهش یا فقدان حرکت جنین. 	<p>موارد متفرقه:</p>

ادامه مراقبت‌های حین زایمان (لیبر)

شرایطی که سطح سه قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح دو قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح یک قادر به مدیریت آنها می باشد:	
<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی های چندقلویی عارضه دار توأم با رشد نامتقارن، آنومالی جنینی یکی از قلها یا سایر عوارض جنینی. • حاملگی دوقلویی مونوگوریونیک. 	<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی های چندقلویی دیکوریونیک بدون عارضه. 	<ul style="list-style-type: none"> • همه حاملگی های چندقلویی باید در بیمارستان تخصصی زایمان نمایند نه در یک بیمارستان منطقه ای. اگر زایمان در یک بیمارستان منطقه ای صورت گیرد باید امکانات کافی برای انجام سزارین در مواقع ضروری وجود داشته باشد. 	حاملگی چندقلویی:
<ul style="list-style-type: none"> • حوادث مغزی- عروقی • اغماء • اپی لپسی های منطقه ای 			بیماریهای سیستم عصبی:
<ul style="list-style-type: none"> • موارد شدید جفت سرراهی برای افرادی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده اند. • موارد شدید جفت سرراهی (درجه ۳ یا ۴) باید در سطح ۳ زایمان کنند حتی اگر این افراد خونریزی فعال نداشته باشند. 	<ul style="list-style-type: none"> • جفت سرراهی جزئی و خفیف در موارد زایمان طبیعی انتخابی. • مراقبتهای دوران بارداری برای موارد شدید جفت سرراهی در مورد افرادی که باید تا زمان زایمان استراحت مطلق داشته باشند و در سطح ۳ زایمان کنند. • کلیه سزارینها در موارد جفت سرراهی باید توسط متخصص یا تحت نظر یک متخصص انجام گیرد. 	<ul style="list-style-type: none"> • کلیه سزارینها در موارد جفت سرراهی باید توسط متخصص یا تحت نظر یک متخصص انجام گیرد (انتقال بعد از تثبیت وضعیت همودینامیک انجام می گیرد). 	جفت سرراهی:
<ul style="list-style-type: none"> • سپسیس پس از زایمان (اگر ۴۸ ساعت پس از درمان نتایج کافی و رضایت بخش کسب شده نشود). 	<ul style="list-style-type: none"> • خونریزی پس از زایمان • سپسیس پس از زایمان (اگر ۴۸ ساعت پس از درمان نتایج کافی و رضایت بخش کسب شده باشد). 	<ul style="list-style-type: none"> • باقی ماندن جفت در رحم 	مشکلات پس از زایمان:

ادامه مراقبتهای حین زایمان (لیبر)

شرایطی که سطح سه قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح دو قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح یک قادر به مدیریت آنها می باشد:	
زایمان زودرس کمتر از ۳۲ هفته (وزن تقریبی جنین کمتر از ۱۵۰۰ گرم) به طوریکه نوزاد نیازمند ونتیلاسیون باشد	• زایمان زودرس ۳۲ الی ۳۵ هفته یا وزن جنین ۱۵۰۰ الی ۱۸۰۰ گرم مگر در مواردی که جنین در حاملگی قبلی از دست رفته باشد که در این مورد باید مادر به سطح ۳ انتقال یابد.	• فقط زایمان بدون عارضه بالای ۳۵ هفته می تواند در بیمارستانهای منطقه ای انجام گیرد.	زایمان زودرس:
• کلیه افرادی که بیماری تنفسی دارند (به غیر از موارد مبتلا به ایدز).			سیستم تنفسی:
پارگی کیسه های جنین: • پارگی کیسه های جنینی با شروع ناگهانی لیبر در هفته ۳۲ یا قبل از آن.	پارگی کیسه های جنینی: • پارگی کیسه های جنینی بعد از هفته ۳۲ (جنین مواردی می توانند در سطح ۲ مدیریت شوند مگر در مواقعی که زایمان در هفته ۳۲ یا زودتر از آن شروع شود).	پارگی کیسه های جنینی: • پارگی طولانی مدت کیسه های جنینی (بیش از ۲۴ ساعت) بعد از هفته ۳۵.	کیسه های جنینی

مراقبت از نوزاد			
شرایطی که سطح سه قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح دو قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح یک قادر به مدیریت آنها می باشد:	
تمامی موارد	<ul style="list-style-type: none"> • سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۳۲ • وزن تولد مساوی یا بیشتر از ۱۵۰۰ گرم 	<ul style="list-style-type: none"> • نوزادان با سن حاملگی ۳۶ هفته و بیشتر • وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و بیشتر 	سن حاملگی و وزن
<ul style="list-style-type: none"> • نوزاد با دیسترس تنفسی که وزن تولد کمتر از ۱۰۰۰ گرم یا سن حاملگی کمتر از ۲۸ هفته دارد از سطح ۳ الف باید بعد از مشاوره در صورت صلاحدید استاد معین به سطح ۳ ب انتقال یابد. 	<ul style="list-style-type: none"> • نوزادان با سن حاملگی ۳۲ هفته و بالاتر و وزن تولد ۱۵۰۰ گرم و بیشتر در صورت نیاز به تهویه مکانیکی IMV بیشتر از ۶ ساعت. ① • در صورت نیاز نوزاد به تجویز سورفاکتانت ② در صورت تشخیص یا شک به تشخیص پنوموتوراکس ③ 	تمامی موارد باید ارجاع شود به سطوح بالاتر	مشکلات تنفسی
<p>① نوزادان با سن حاملگی ۳۲ هفته و بالاتر و وزن تولد ۱۵۰۰ گرم و بیشتر در صورت نیاز به تهویه مکانیکی IMV با استاد معین تماس حاصل کرده و به صلاحدید وی مراقبت وی برنامه ریزی می شود. بیمارستان قادر نیست بیشتر از ۶ ساعت نوزاد تحت این شرایط مراقبت نماید. برای مراقبت از نوزاد تحت مود IMV بیشتر از ۶ ساعت تایید استاد معین الزامی است.</p>			
<p>② در صورت نیاز بیمار به تجویز سورفاکتانت مراتب توسط پزشک اطفال با استاد معین هماهنگ شده و با هماهنگی تیم انتقال مرکزی بیمار به سطح بالا تر انتقال می یابد. در صورت عدم وجود تخت خالی مسئولیت تهیه سورفاکتانت و تجویز آن با مرکز سطح بالا تر است. در صورت وجود سورفاکتانت و مهارت تجویز آن توسط متخصص اطفال شاغل در بیمارستان این امر می تواند تحت نظر و هدایت استاد معین انجام شود. بعد از تجویز سورفاکتانت اگر نیاز وی به مود IMV از بین رفته و نوزاد تحت NCPAP قرار گرفت نیازی به انتقال نداشته در غیر این صورت در اسرع وقت باید به سطح بالا تر انتقال یابد.</p>			
<p>③ در صورت تشخیص پنوموتوراکس در نوزاد تحت NCPAP، ضمن هماهنگی برای انتقال وی به سطح بالا تر پنوموتوراکس نوزاد باید بلافاصله توسط اسکالپ وین تخلیه گردد. این امر توسط پرستار مقیم در بخش که احیای نوزاد پیشرفته را گذرانده باشد ممکن است. در صورتی که پزشک اطفال دارای مهارت کافی در گذاشتن چست تیوب است نوزاد بلافاصله توراکوستومی شده و آماده انتقال می گردد. در غیر این صورت تخلیه مداوم توسط اسکالپ وین ادامه یافته تا تیم انتقال مرکزی نوزاد بر بالین نوزاد حاضر گردد.</p>			

مراقبت از نوزاد

شرایطی که سطح سه قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح دو قادر به مدیریت آنها می باشد:	شرایطی که سطح یک قادر به مدیریت آنها می باشد:	
<ul style="list-style-type: none"> تمام موارد 	<ul style="list-style-type: none"> قادر به انجام تعویض خون در نوزادن ترم یا نزدیک به ترم نیاز مند تعویض خون هستند. نوزادان نیازند تعویض خون با وزن تولد کمتر از ۲۰۰۰ گرم یا سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته باید به سطح ۳ انتقال یابد 	<ul style="list-style-type: none"> زردی در حد نیاز به فوتوتراپی 	<p>زردی</p>

برنامه انتقال نوزاد

سیستم انتقال نوزادان برای اولین بار برای دسترسی نوزادان بیمار به مراقبت های ویژه توسعه یافت و یکی از عوامل تعیین کننده در منطقه ای کردن خدمات زایمانی بود. برنامه انتقال نوزادان نیازمند سیستم ارجاع کارآمد، ساختار های مدیریتی و پرسنل آموزش دیده می باشد تا از تجهیزات انتقال استفاده کرده، شرایط انتقال را شناسایی و برنامه های ارتقای کیفیت را پیش برند. در طراحی سیستم انتقال نوزادان عوامل محلی همچون شرایط جغرافیایی، تراکم جمعیت و ساختار و سازماندهی خدمات زایمانی باید در نظر گرفته شود.

۲. در بسیاری از کشور های توسعه یافته نوزادان بیمار و نارس بدلیل پیش بینی های صورت گرفته در دوران بارداری در بیمارستان ها و مراکز تخصصی بدنیا می آیند که این کودکان را "inborn" می نامند. ولی بسیاری از نوزادان متولد شده در بیمارستان های سطح اول بدلیل مشکلات پزشکی، جراحی یا موارد اورژانس بعد از تولد نیازمند انتقال به سطوح بالاتر هستند. بدلیل اینکه این نوزادان در مقایسه با نوزادان متولد شده در مراکز تخصصی در معرض خطرات بیشتری هستند بیشتر توجه ها باید به تشخیص های قبل از تولد اختصاص یابد و بدلیل امکانات و شرایط مناسب تر انتقال مادران سپس از تولد نوزادان به سطوح بالاتر صورت گیرد لذا در موارد حاملگی های پرخطر انتقال داخل رحمی بعنوان روش ارجح برای انتقال نوزاد به بیمارستان های سطوح ۲ و ۳ - بر اساس الگوی سطح بندی - توصیه میگردد. متأسفانه انتقال مادر پرخطر قبل از زایمان به مراکز مجهز در ۵۰٪ از موارد بدلیل زیر امکان ندارد و نوزاد در مرکزی ممکن است متولد شود که امکان ارائه خدمات مناسب برای وی نیست و به ناچار انتقال نوزاد می بایست انجام گیرد. در این موارد پس از تولد، نوزاد می بایست به روش مناسبی به بیمارستان سطح بالاتر دارای NICU منتقل شده که این امر طی فرایندی انجام می شود که آنرا انتقال نوزاد می گویند. همچنین گاهی انتقال برای مداخلات تشخیصی و درمانی در مرکز مجهزی که امکانات بیشتری دارد صورت میگیرد. (از جمله انتقال نوزاد به بیمارستان های ریفرال برای مداخلات جراحی یا درمان های تهاجمی قلبی)

۳.

تعریف سیستم انتقال اورژانس نوزاد در ایران (INETS¹⁶)

یک تشکل وابسته به مرکز فوریت های ۱۱۵ کشور می باشد که در آن بر اساس آخرین یافته ها و دست آوردهای مبتنی بر شواهد به تثبیت؛ درمان اورژانسی و انتقال بین بیمارستانی نوزادان و شیرخوران با وزن کمتر از ۶ کیلوگرم می پردازد. (انتقال شیرخوران زیر یکسال و یا مادران باردار پرخطر نیازمند به دریافت خدمات متناسب با نیاز آنها- مطابق با نقشه سطح بندی خدمات پریناتال کشور- نیز پس از فراهم شدن نیروهای انسانی، تجهیزات و امکانات مربوطه، قابلیت اضافه شدن به این سیستم را دارد). این تشکل در تمامی استان های کشور و بصورت ۲۴ ساعته و تمامی ایام هفته به ارائه خدمت میپردازد و تلاش در نقل و انتقال نوزادان با کیفیت بالا و با رویکرد خانواده محور داشته و در این زمینه از کمک های طبی، پرستاری، و تنفسی بهره خواهد برد. مدیریت ارشد این تشکل در کشور با نظر وزیر و یا معاون درمان وی و با مشورت با ریاست فوریت های کشور تعیین میگردد و بصورت یک زیر مجموعه در ذیل فوریت ها یا اورژانس ۱۱۵ اداره میگردد. در هر دانشگاه نیز ریاست دانشگاه یا معاون درمان وی با مشورت رئیس فوریت های استان مسئول تشکل انتقال نوزاد (INETS) را انتخاب می نماید و وی زیر نظر رئیس فوریت

¹⁶ Iranian Neonatal Emergency Transport System

ها به فعالیت می پردازد. فردی که برای مسئولیت ارشد این سیستم انتخاب می‌گردد می‌بایست دارای یکی از مدارک تحصیلی زیر باشد: فوق تخصص نوزادان یا پریناتولوژیست، متخصص کودکان دوه دیده در بخش NICU دانشگاهی، پزشک متخصص اورژانس آشنا به اصول انتقال و آشنا با منطقه جغرافیائی مربوطه.

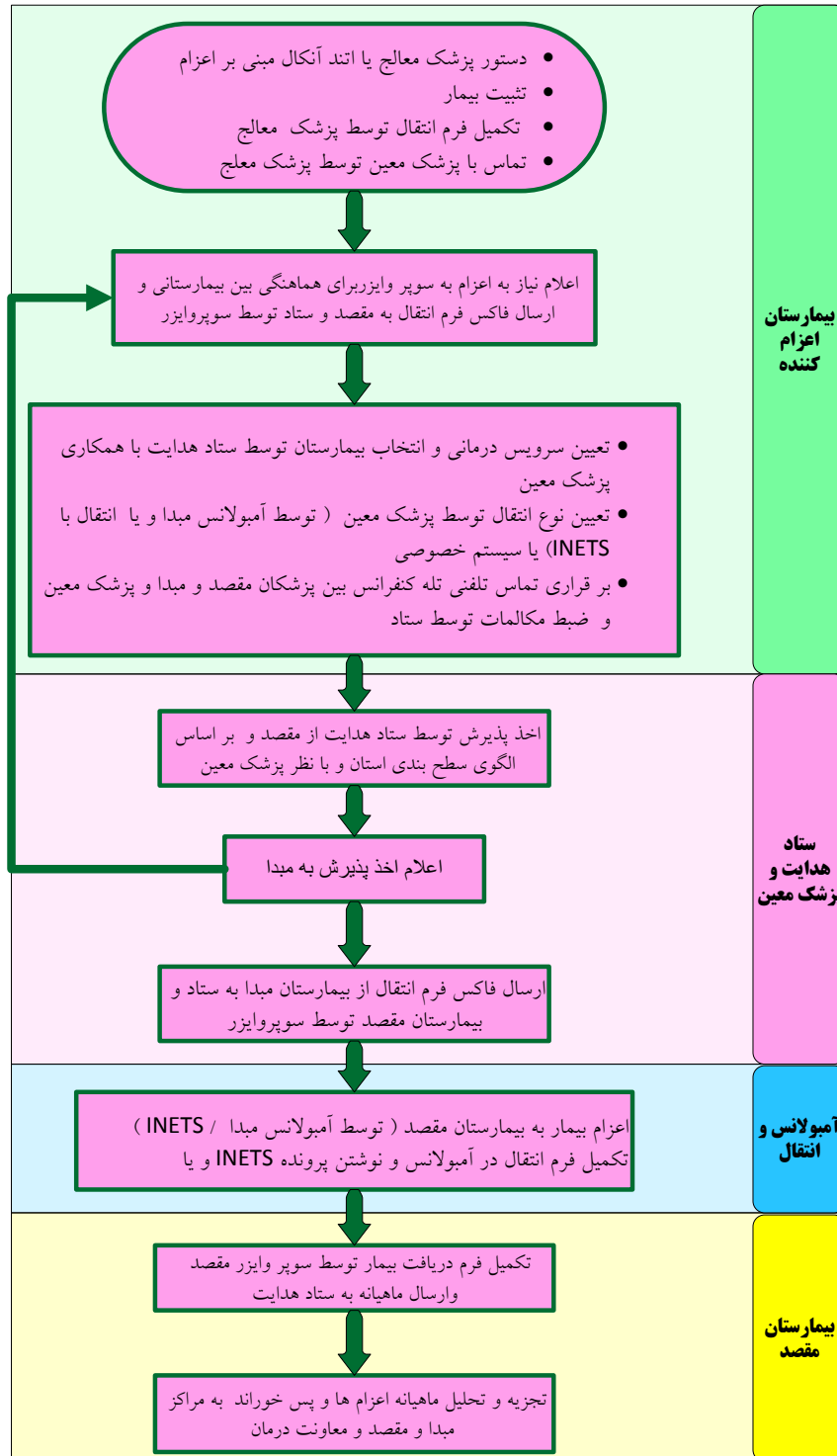
۴. هدف:

هدف از ایجاد INETS انتقال بین بیمارستانی نوزادان (و در سالهای آینده مادران باردار و یا شیرخوران زیر یکسال) بصورتی ایمن و مبتنی بر شواهد که به تثبیت؛ درمان اورژانسی و انتقال بین بیمارستانی نوزادان و می‌پردازد این تشکل مطابق با نقشه سطح بندی خدمات پریناتال کشور عمل خواهد کرد تا به حفظ و ارتقا سلامت نوزادان کشور کمک نماید.

در ذیل ابتدا به طور خلاصه به مشکلات جاری در روند انتقال نوزادپرداخته و نقاط ضعف و دلایل نیاز به بازنگری و تجدید نظر در مدیریت انتقال بیان می‌گردد. سپس ۲ الگوی پیش نهادی برای مدیریت انتقال نوزاد (با نقاط قوت و ضعف آنها ارائه می‌گردد) و نظر اساتید و دستندرکاران انتقال نوزاد گرفته خواهد شد تا الگوی مناسب برای کشور انتخاب و به تأیید برسد. این دست نوشته بر اساس بررسی تطبیقی سیستم انتقال نوزاد در کشور های پیشرفته و در حال توسعه (گردآوری توسط کارگروه مرکز تحقیقات سلامت کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مطالعه کیفی انجام شده) به روش بحث گروهی متمرکز FGD انجام شده با شرکت متخصصین و دستندرکاران انتقال نوزاد کشور که در محل وزارت بهداشت برگزار گردید (ارائه گردیده است. در این پیش نویس سعی شده الگوهائی ارائه شود که مطابق با شرایط و امکانات کشور باشد کاملاً واقع بینانه باشد.

این پیش نویس برای شروع راه اندازی این سیستم را تا سال ۹۳ برای نوزادان و شیرخواران تا وزن ۶ کیلوگرم را برای سطوح ۳ و ۲ ارائه خدمات پریناتال پیشنهاد می‌نماید و در صورت تأمین اعتبار و فراهم نمودن نیروی انسانی قابلیت گسترش به مادران باردار در حاملگی های پرخطر و یا شیرخواران تا یکسالگی را بعد از سال ۹۳ خواهد داشت.

فلو چارت پیشنهادی ۱ برای اعزام نوزادان (ایده آل)



در این مدل نیاز به ستاد هدایت فعال ایی است که آمار تختها ی ویژه را در ۳ شیفت دریافت نماید . یک شماره تلفن مخصوص ستادبرای انتقال نوزاد اعلام گردد . همچنین نیاز به پزشک معین ایی است که ۲۴ ساعته در اختیار سیستم انتقال است این پزشک می تواند از پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصصین اورژانس ، و یا متخصص کودکان دوره دیده در بخش مراقبت ویژه نوزادان دانشگاهی باشد . پزشک معین می تواند قبل از انتقال به پزشک معالج مشاوره ارائه نماید و ضمن انتقال نیز با پرسنل داخل آمبولانس در ارتباط باشد. مسئولیت گردآوری اطلاعات و آنالیز آنها و دادن فید بک به بیمارستان های مبدا و مقصد بعهده پزشکان معین در اختیار سیستم می تواند باشد . این الگو دقیق ترین و کارآمد ترین روش مدیریت انتقال نوزاد به نظر میرسد ولی هزینه های آن برای سیستم درمانی زیاد است .

پزشکان معین در هر دانشگاه می تواند از میان پزشکان معین در مراکز پریناتال سطح ۳ (بزرگترین و مهمترین مرکز ارائه خدمات به مادران پر خطر دانشگاه) که بخش مراقبت ویژه نوزادان را در شیفت شب سوپروایز می کنند انتخاب شوند . در این راستا می توان حداقل ۴ متخصص کودکان و نوزادان دوریده را عمدتا از میان نیرو های ضریب k انتخاب و ضمن کار در NICU مرکز نقش هدایت نوزادان در شیفت های مختلف را بعهده ایشان گذاشت . (نیاز به حمایت معاون درمان برای جذب این نوع نیروی انسانی در مراکز استان و شهر های بزرگ)

۵. ملزومات انتقال صحیح نوزاد:

۱. برای اجرای موفقیت آمیز سیستم انتقال نوزاد شرایط زیر الزامی است:
 - تجهیزات مناسب (مثل انکوباتور انتقال ، دستگاه تنفس مصنوعی .
 - کارکنان آموزش دیده در زمینه انتقال و تثبیت نوزادان
 - آمبولانس های مجهز و مناسب
 - جاده ها و مسیر های مناسب و
 - ارتباط مناسب بین سطوح مختلف ارجاع
۲. مسئولیت اخذ پذیرش در مورد کلیه بیماران نیازمند اعزام از مراکز دولتی و خصوصی به عهده ستاد هدایت و اطلاع رسانی دانشگاه است . (این امر منجر به ایجاد بانک اطلاعاتی بزرگی برای نقل و انتقالات بیماران میگردد که امکان برنامه ریزی مدیریتی را فراهم می سازد)
۳. کلیه اعزام ها از بیمارستان های مبدا به هر علتی حتی با رضایت شخصی همراهیان بیمار بایستی با اطلاع ستاد هدایت و اطلاع رسانی دانشگاه باشد
۴. کلیه بیمارستان های دولتی و خصوصی موظف به اعلام کتبی تعداد تخت های ویژه خالی (نوزادان و NICU) به همراه سایر تخت ها در سه نوبت صبح ۸-۹ صبح / بعد از ظهر ۱۵-۱۴ / و شب ۲۱-۲۰ از طریق فاکس توسط مترون یا سوپر وایزر شیفت مربوطه می باشند . (با فراهم شدن امکانات اینترنت در آینده این امر بصورت Realtime صورت خواهد گرفت .
۵. در صورت نیاز به اعزام بیمار از سوی پزشک معالج (اتند آنکال در بیمارستان های آموزشی و و پزشک معالج در بیمارستان های درمانی) مترون یا سوپروایزر کتبا مراتب را به اطلاع ستاد هدایت می رساند (فرم شماره ۱)
۶. ستاد پس از اخذ پذیرش از مرکز درمانی مقصد مراتب را به سواروایزر مرکز درمانی مبدا اعلام می کند .

۷. لازم است پس از اعلام پذیرش پزشک بیمارستان مبدا با پزشک بیمارستان مقصد هماهنگی های لازم را بعمل آورد (ارائه شرح حال، درمانهای انجام شده آزمایشات و علت اعزام (در الگوی ۱ این تماس ۳ جانبه و توسط ستاد بین پزشک معین پزشک اعزام کننده و پزشک دریافت کننده می باشد و مکالمات ضبط می شود)

۸. شرایط انتقال نوزادان بین واحد ها مراقبتی تابع شرایطی از قبیل فاصله انتقال و وضعیت نوزاد در هنگام انتقال و هدف از انتقال می باشد که باید بر اساس آن پرسنل و تجهیزات مورد نیاز انتخاب شود. (انتخاب توسط پزشک معین در الگوی ۱ و توسط پزشک مقصد در الگوی ۲ و با توجه به شرایط فوق صورت میگیرد)

۹. تثبیت بیمار بعهده پزشک معالج بیمار و با همکاری کادر بیمارستان مبدا و بر اساس راهنمای بسته خدمتی تثبیت نوزادان باید صورت گیرد

۱۰. وجود دو نفر پرسنل انتقال با تجربه که دوره آموزشی مربوطه را طی کرده باشند و با شرایط آمبولانس آشنایی دارند و توسط راننده آمبولانس، همراهی می شوند ضروری است (در الگوی ۱ بطور معمول توسط یک پزشک (پزشک معین) هدایت می شوند)

۶.

۷. انواع انتقال نوزاد از یک مرکز به سطح بالاتر

انتقال نوزاد به دو صورت ستادی با استفاده از (Iranian Neonatal Emergency Transport System) INETS و غیر ستادی (بیمارستانی) می باشد. تصمیم برای اینکه انتقال به کدام سیستم صورت گیرد بعهده پزشک معین انتقال می باشد. (در الگوی ۲ توسط پزشک معالج مقصد این انتخاب صورت میگیرد)
در مورد انتقال نوزاد: دو نوع تیم انتقال نوزاد پیش بینی شده است که عبارتند از:

• تیم ویژه انتقال نوزاد (INETS (Iranian Neonatal Emergency Transport System) :

- i. این تیم در محل پایگاه های اورژانس ۱۱۵ مستقر میگردد - این سیستم مسئول انتقال نوزادان بدحال (تعریف شده بر اساس بسته تثبیت نوزاد و با نظر پزشک معین یا پزشک مقصد) می باشد، اعضاء تیم شامل دو نفر که می تواند یکی از نفرات ذیل باشد : پزشک عمومی دوره دیده ، پرستار (ترجیحا با سابقه کار در بخش نوزادان یا NICU) یا کارشناس یا کاردان فوریت های پزشکی مجرب و با سابقه می باشند. برای شرایط فعلی کشور و با توجه شرایط موجود کارشناس یا کاردان فوریت های پزشکی که دوره سه ماهه آموزشی تعریف شده در یکی از NICU های آموزشی با کارگاه های تعریف شده در ذیل را گذرانده باشد توصیه میگردد .
- ii. وسیله انتقال آمبولانس مجهز ستاد انتقال نوزاد است. این آمبولانس ها مجهز به کلیه امکانات مورد نیاز برای انتقال و تثبیت نوزادان پرخطر میباشد (آمبولانس نوع های روف بنز اسپرینتر و یا تویوتا / دارای انکوباتور پرتابل سالم که بصورت ۲۴ ساعته در حال شارژ می باشد / دارای ونتیلاتور پرتابل دارای توربوجت / کپسول اکسیژن و کپسول هوای فشرده / مانیتور پرتابل دارای ماجول های spo2 / HR/ TEMP/ BP / RES / ست گذاشتن کاتتر ورید نافی / پکیج داروها و وسایل مصرفی طبق لیست ضمیمه

- تیم انتقال نوزاد بیمارستانی: تمامی بیمارستان هائی دارای بخش های زایمان می باشند و تمامی تسهیلات زایمانی که تولد نوزاد در آن صورت میگیرد و بیمارستان ها دارای بخش نوزادان و کودکان می بایست دارای آمبولانس هائی باشند

که برای آنها حداقل امکاناتی تعریف میگردد که بتواند در انتقال بیمارستانی نوزاد به صورت امن نقش ایفا نماید . باید «تیم انتقال نوزاد» شامل پرستاران مجرب و با سابقه بیمارستان که معمولاً در همان بیمارستان در بخش های نوزادان و یا کودکان شاغل اند و دوره دیده باشند تشکیل شود که این تیم مسئول انتقال نوزاد با هماهنگی ستاد انتقال نوزاد و با نظر پزشک معین یا پزشک مقصد باشد. (آمبولانس های نوع های روف / دارای انکوباتور پرتابل سالم که بصورت ۲۴ ساعته در حال شارژ می باشد / دارای نئوپاف / اکسیژن / پالس اکسیمتر پرتابل) پرسنل دخیل در انتقال دوره آموزشی شامل کارگاه های تعریف شده را گذرانده باشد .

گاهی در صورت لزوم و نبود پرسنل پرستاری کافی نیروهای تکنسین اتاق عمل و یا کمک بهیار آموزش دیده ممکن است در امر انتقال نقش ایفا نمایند .

تجهیزات مورد نیاز برای انتقال نوزاد

۱. آمبولانس ویژه انتقال نوزاد و شیرخوار می بایست استاندارد های اعلام شده زیر را دارا باشند
تجهیزات داخل آمبولانس شامل موارد ذیل است این تجهیزات بصورت یک پکیج بر روی یک انکوباتور پرتابل سوار میگردد و در انتقال ستادی بکار میرود این پکیج داخل آمبولانس براهتی وارد و فیکس می شود تا در حین حرکت خودرو داخل آمبولانس جابجا نشود :

1. Transport incubator with battery and inverter integrated into/with
2. Neonatal capable pressure ventilator with oxygen-air supply and blender, isolette unit
3. IV pumps with minimum two-line capability
.syringe pumps
- 5- Neonatal monitors with heart rate, Pulse oximeter and temperature capabilities blood pressure
6. Neonatal specific drug concentrations and doses
7. Umbilical catheter insertion equipment and supplies
8. Thoracostomy supplies
9. Neonatal Resuscitation Program (NRP) equipment and supplies (self inflating bag)
- 10-oxygen and air capsule and blender



امبولانس های کلیه بیمارستان هائیکه خدمات مادر و نوزاد ارائه می نمایند و یا مناطقی که تسهیلات زایمانی دارند می بایست حد اقل امکانات انتقال نوزاد را به شرح ذیل داشته باشند :

:

1. Transport incubator with battery and inverter
2. Neopuff and (self inflating bag)
3. IV pumps
4. syringe pumps
5. portable Pulse oximeter
6. Neonatal specific drug concentrations and doses
7. Umbilical catheter insertion equipment and supplies
8. Thoracostomy supplies
- 10-oxygen capsule

- در آمریکا و انگلیس از تیم های تخصصی که قادر به ارائه خدمات هم سطح واحد های مراقبت های ویژه کودکان می باشند استفاده می شود (INETs (Iranian Neonatal Emergency Transport System رویکرد اش نیز به این سمت می باشد ولی در گام اول - تا سال ۹۳- نوزادان و شیرخواران با وزن کمتر از ۶ کیلوگرم و قد کمتر از ۶۰ سانتیمتر توسط این سیستم منتقل میگردد ولی در گامهای بعدی با تامین امکانات می توان شیرخواران تا یکسال را با این سیستم جابه جا کرد .

محل های استقرار تیم ویژه انتقال نوزاد

در هر دانشگاه یا استان با نظر دبیر کمیته ارتقا سلامت مادر و نوزاد دانشگاه ، ریاست اداره درمان معاونت درمان ، مسئول اداره مادران و نوزادان مرکز بهداشت استان و ریاست اورژانس و فوریت های دانشگاه تعیین میگردد . در گام اول - تا سال ۹۳ - توصیه

میگردد در نزدیکترین پایگاه های اورژانس ۱۱۵ که به مراکز پریناتال سطح ۳ و در سطوح ۲ (مطابق با نقشه سطح بندی منطقه) مستقر گردد . در مراکز سطح ۳ حداقل ۲ آمبولانس با تیم ویژه و در سطوح ۲ یک آمبولانس مستقر میگردد .
در کلیه مراکز انتقال نوزاد INETS که نزدیک بیمارستان های دارای بخش زایمان یا نوزادان هستند تا زمان فراهم شدن امکان جذب نیروهای انسانی مورد نظر می توان از کارشناس ها و پرسنل فوریت های پزشکی مسقر در اورژانس ۱۱۵- که برای انتقال نوزاد آموزش دیده باشند - استفاده کرد

به عنوان مثال در استان آذربایجان شرقی تیم ویژه انتقال نوزاد INETS در درجه اول در شهر تبریز در یکی از مناطق اورژانس ۱۱۵ که نزدیک به ۳ بیمارستان الزهرا و طالقانی و کودکان باشد با ۲ آمبولانس تشکیل میگردد ، همچنین در بیمارستان های سطح ۲ استان (شامل بیمارستان های اهر ، مرند ، مراغه ، میانه ، سراب) با یک آمبولانس در هر مرکز تشکیل میگردد .

• **اعضاء تیم های انتقال نوزاد و آموزش های مورد نیاز :**

○ در هر آمبولانس ویژه انتقال نوزاد علی رغم راننده می بایست ۲ نفر که شامل یکی از نفرات ذیل باشد حضور داشته باشد . (پزشک عمومی و پرستار ترجیحا با سابقه کار در بخش NICU ، کارشناس یا کاردان فوریت های پزشکی) این افراد باید دوره آموزشی ویژه انتقال نوزاد را گذرانیده باشند. این دوره بصورت کارگاه ۵ روزه و دارای دوره عملی کار در NICU برای ۳ ماه می باشد که اصول برنامه ۷ روزه بشرح ذیل می باشد:

- ۲ روز اول: احیاء نوزاد.
- ۲ روز: تثبیت نوزاد.
- امروز: اصول انتقال نوزاد.
- ۱ روز آشنائی با تجهیزات آمبولانس
- ۱ روز آشنائی با پروتکل های درمانی نوزادان
- کسب مهارت در پروسیژر های تهاجمی و آشنائی با اصول مراقبت نوزادان در NICU طی دوره ۳ ماهه در بخش های فوق تخصصی نوزادان و دریافت گواهینامه های APLS/PALS و دارای مهارت های تخصصی مدیریت راه های هوایی، تکنیک های دادن تنفس مصنوعی، درمان های درون سیاهرگی، مهارت های رگ گیری، شناخت و درمان ضربان نامنظم قلب و مهارت های پایه و پیشرفته خدمات و مراقبت های کمکی برای بیماری های قلبی باشند.

▪ همچنین باید برنامه های آموزش ضمن خدمت نیز درمورد مراقبت های ویژه انتقال تدارک دیده شود

- مرجع رسیدگی به شکایات ستاد هدایت و اطلاع رسانی دانشگاه می باشد
- مسئولیت اجرا و نظارت بر حسن اجرای فعالیت های فوق الذکر با ریاست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشد

• **مسئولیت مراکز و افراد در سیستم انتقال نوزاد**

- بطور خلاصه مسئولیت مراقبت بیمار تا زمان حضور در بیمارستان بر عهده بیمارستان مبدا و در صورت انتقال توسط آمبولانس همان مرکز تا زمان تحویل به بیمارستان مقصد بر عهده مبدا می باشد . در صورت انتقال ستادی توسط

INETS مسئولیت بیمار تا زمان حضور در بیمارستان مبدا بر عهده ان بیمارستان در طی انتقال بر عهده اعضای تیم انتقال و بعد از تحویل به بیمارستان مقصد بر عهده آن بیمارستان می باشد

۱. مسئولیت مرکز ارجاع دهنده شامل موارد ذیل است :

- شناسائی نوزاد ایکه می بایست منتقل شود
- تصمیم به انتقال از طرف پزشک معالج
- تماس تلفنی با سوپروایزر مرکز و پزشک معین INETS منطقه (الگوی ۱)
- تماس با INETS نزدیک به بیمارستان ارجاع دهنده در صورتیکه پزشک معین انتقال با آن را دستور داده باشد
- تثبیت بیمار بر اساس اصول STABLE
- تکمیل فرم انتقال توسط پزشک مسئول بیمار و ارسال فاکس به ستاد INETS توسط سوپروایزر و آماده سازی مدارک پزشکی مورد نیاز برای تحویل به تیم انتقال
- تکمیل فرم رضایت انتقال توسط والدین
- حمایت روانی والدین و تشویق آنها به لمس نوزاد خود
- کمک به ادامه تثبیت نوزاد در زمان رسیدن تیم انتقال (در صورت تاخیر در رسیدن تیم انتقال تا زمان رسیدن آنها بصورت تلفنی با آنها و با پزشک معن در تماس باشند .
- نوشتن دستورات اعزام و اقدامات ضمن انتقال
- تحویل گزارشات بیمار (آزمایشات ، گرافی ها و سایر موارد مفید برای تشخیص و درمان در مقصد
- مسئولیت دادن اطلاعات لازم به تیم انتقال دهنده به منظور رعایت احتیاطات مناسب و ضروری برای مراقبت بهتر از نوزاد ضمن انتقال و همچنین جهت پیشگیری از سرایت بیماری های قابل انتقال به پرسنل
- مشاوره و همفکری با پزشک مقصد یا پزشک معین برای تعیین نوع انتقال (ستادی یا بیمارستانی)

۲. مسئولیت مترون یا سوپروایزر شیفت :

- کلیه بیمارستان ها و مراکز تسهیلات زایمانی که نوزاد به بیمارستان های سطح بالاتر ارجاع میدهند می بایست مجهز به دستگاه فاکس گردند و کلیه سوپر وایزر ها با نحوه کار با ان آشنا شوند . (در آینده این ارتباطات بصورت آن لاین و توسط اینترنت و یا اینترنت صورت خواهد گرفت .)
- ارسال درخواست نیاز اعزام بیمار به ستاد هدایت
- مسئولیت پیگیری درخواست اعلام نیاز اعزام بیمار از ستاد

- مسئولیت تدارک آمبولانس و تیم همراه کار آزموده و مجرب طبق درخواست پزشک ارجاع دهنده (در نوع ستادی انتقال مسئولیت هماهنگی بین اعضای تیم انتقال ستادی با پزشک بیمار و کارکنان بخش نوزادان برای تحویل صحیح بیمار به تیم انتقال و تامین نیاز های تیم انتقال تا زمان حضور آنها در بیمارستان مبدا)
- مسئولیت ارسال روزانه گزارش تخت های ویژه در ۳ شیفت به ستاد هدایت
- مسئولیت ارسال فرم اعزام بیمار به ستاد هدایت پس از این که بیمار به بیمارستان مقصد انتقال یافت (سوپروایزر مسئول در بیمارستان مقصد)
- ارسال فرم فید بک به بیمارستان ارجاع دهنده و به ستاد هدایت که محل استقرار ستاد INETS است توسط سوپروایزر مقصد (بعد از رسیدن به تشخیص نیز مجدداً نتیجه اعلام میگردد)
- مشارکت در کپی کردن برگه های خلاصه پرونده بارداری و زایمان مادرو کپی از خلاصه پرونده نوزاد که می بایست تحویل دستدرکاران انتقال بیمار گردد

۳. مسئولیت پزشک مرکز پذیرنده ارجاع شامل موارد ذیل است :

- تا حد امکان فراهم کردن تخت برای نوزاد (بر اساس الگوی سطح بندی به بیمارستان های سطوح پائین پذیرش بدهد). اعزام بیمار با موافقت پزشک بیمارستان مقصد مقدور می باشد و ضروری است تا زمان ورود بیمار جهت مشورت در دسترس باشد
- مذاکره و و مشورت با پزشک ارجاع دهنده بیمار در ارتباط با مراقبت و درمان بیمار قبل، طی انتقال یا زمانی که بیمار به نزد پزشک پذیرش دهنده انتقال یافته است. در موارد انتقال ستادی با پزشک معین نیز در ارتباط خواهد بود.
- آماده شدن برای پذیرش نوزاد (تخت ، تجهیزات بر اساس نوع بیماری احتمالی ، نیروی انسانی و پزشک)
- از لحظه ورود نوزاد به بیمارستان مقصد مسئولیت نوزاد با بیمارستان پذیرش دهنده است. (برای جلوگیری از اتلاف وقت در اورژانس ها پیشنهاد می شود نوزادان بدحال با اطلاع به بخش NICU مستقیماً به بخش NICU منقل شوند
- درمان و فالو اپ و پیشگیری ثالثیه نوزاد
- تکمیل فرم دریافت نوزاد در NICU توسط پزشک مقیم (لازم به یادآوری است در الگوی انتقال جدید بیمار بدون توقف در اورژانس مستقیماً به NICU برده می شود. زمان رسیدن توسط تیم انتقال با تلفن به مرکز پذیرنده اطلاع داده می شود)

۴- مسئولیت اعضای تیم انتقال

اعضای تیم انتقال در انتقال ستادی شامل ۲ نفر می باشد که میتواند پزشک عمومی ، پرستار ترجیحاً با سابقه کار در NICU و یا کارشناس یا کاردان فوریت ها باشد. این افراد بسته آموزشی ۷ روزه و دوره ۳ ماهه کار در یک NICU آموزشی را گذرانده و

امتحان مربوطه را با موفقیت گذرانده اند. همراه این دو نفر یک راننده- که وی نیز ترجیحا در دوره ۷ روزه آموزشی شرکت داشته - مسئولیت رانندگی آمبولانس را بعهده خواهد داشت. وظایف اعضای این تیم به شرح زیر است:

- حضور در محل بیمارستان ارجاع دهنده در اسرع وقت برای اعزام بیمار با نظر پزشک معالج و یا معین. ضروری است تا زمان رسیدن به بیمارستان مبدا جهت مشورت در دسترس باشد
- پیش بینی امکانات پزشکی لازم در زمان انتقال
- مذاکره با پزشک ارجاع دهنده در ارتباط با مراقبت و درمان بیمار ضمن انتقال
- کمک به تثبیت نوزاد در محل بیمارستان ارجاع دهنده با هماهنگی و مشاوره با پزشک معالج و معین
- دریافت مدارک پزشکی مربوط به مادر و نوزاد و فرم رضایت انتقال امضا شده توسط والدین
- مراقبت نوزاد ضمن انتقال شامل: مراقبت راه هوایی، حمایت قلبی عروقی، جانشینی خون از دست رفته، مانیتورینگ علائم حیاتی، تجویز داروهای مناسب
- ثبت وضعیت بیمار و تکمیل فرم داخل آمبولانس
- ارتباط با مرکز پذیرش دهنده
- تشویق والدین به تماس نوزاد
- ارتباط با والدین برای اطمینان از درک وضعیت نوزاد و بیان احتمال بروز اتفاقات ممکن در مسیر
- تا حد امکان و بر حسب شرایط بیمار کمک به دریافت شیر مادر و kmc (مراقبت مادرانه آغوشی) بنماید

۵- مسئولیت ستاد INETS

- مرکز فوریت های ۱۱۵ و ستاد هدایت استان محل تشکیل ستاد INETS است و مسئولیت آن شامل موارد زیر است:
- به لحاظ اهمیت انتقال نوزادان در مورد کسب اخذ پذیرش از بیمارستان های سطوح بالاتر مسئول اخذ پذیرش ستاد هدایت با همکاری پزشک معین می باشد (در الگوی ۲ با همکاری پزشک معالج در مقصد). اعلام پذیرش بر اساس ظرفیت تخت های غیر اشغال، توانمندی های آن بیمارستان و تعریف ارائه شده برای آن بیمارستان بر اساس الگوی سطح بندی می باشد. پس از اخذ پذیرش از بیمارستان مقصد ستاد هدایت مسئول برقراری ارتباط تلفنی بین پزشکان مبدا و مقصد و پزشک معین برای اطلاع از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی صورت گرفته می باشد.
 - کسب اطلاعات مربوط به تخت های خالی نوزادان و NICU در ۳ شیفت و ارائه به پزشک معین و یا پزشک معالج در مبدا و مقصد
 - اعلام یک خط ویژه برای انتقال مادران و نوزادان به بیمارستان ها و مراکز بهداشتی زیر مجموعه
 - ایجاد امکان ضبط صدا برای کلیه موارد
 - معرفی یک پرسنل برای هماهنگی کل برنامه (بین مدیریت ارشد INETS، پزشکان معین، کارشناسان فوریت ها و

➤ امکان ارائه مشاوره ۲۴ ساعته تلفنی توسط اساتید معین (در الگوی ۱) و تماس با پزشک آنکال نوزادان در الگوی

۲

➤ امکان ضبط و حفظ مکالمات و نوشته های پرسنل

➤ اعلام آنکال به مراکز بیمارستانی زیر مجموعه

➤ ثبت اطلاعات شامل

۱. روز / تاریخ / علت انتقال

۲. نام پزشک ارجاع دهنده

۳. نام پزشک تحویل گیرنده در مقصد

۴. زمان لازم برای پاسخ پزشکان مقصد

➤ معرفی یک نفر از اساتید فوق تخصص نوزادان آشنا به اصول ثبیت و انتقال نوزاد و یا پزشک متخصص کودکان

دوره دیده آشنا به اصول ثبیت و انتقال نوزاد و یا متخصص اورژانس و فوریت ها بعنوان مسئول ستاد INETS به

ریاست دانشگاه یا معاون درمان و دریافت حکم از طرف وی (این مسئول زیر نظر ریاست مرکز فوریت های

دانشگاه به فعالیت خواهد پرداخت)

➤ همکاری با پزشکان معین یا انکال منطقه که مسئولیت دادن مشاوره و تعیین محل اعزام بیمار را دارند

۱.

➤ فراهم کردن شرایط مکالمه سه جانبه بین متخصصین بیمارستان اعزام کننده ، دریافت کننده اعزام و پزشک معین و

امکان ضبط صدا ها

➤ در اختیار گذاشتن امکانات ارتباطی (تلفن ثابت و سیار و بی سیم و تلفن ماهواره) در اختیار ستاد

➤ اختصاص حد اقل ۴ نفر از نیروها انسانی علاقه مند به امر انتقال نوزاد در مراکز منتخب (برای تامین شیفت های

۲۴ ساعته) بعنوان پرسنل انتقال که بین بیمارستان ها به امر انتقال نوزادان می پردازند . آموزش این نیرو ها (طی

دوره ۷ روزه و دوره ۳ ماهه آموزشی در یکی از بخش های NICU آموزشی). این افراد می توانند پزشک عمومی

، پرستار ، و کارشناس و یا کاردان فوریت ها باشند . بعد از طی دوره آموزشی از فراگیران امتحان به روش oski

گرفته می شود و بعد از قبولی از آن اجازه می یابند در امر انتقال نوزاد نقش ایفا نمایند .

۸

➤ ستاد هدایت استان می بایست در جریان کلیه انتقال مادران و نوزادان استان باشد . (در کلیه موارد چه ستادی و چه

انتقال بیمارستانی فاکسی از اطلاعات بیمار به ستاد و بیمارستان مقصد می بایست فرستاده شود .) دریافت کلیه

فاکس های مراکز اعزام کننده و فرم دریافت بیمار مراکز دریافت کننده جمع آوری اطلاعات و ارائه امار ماهیانه و

سالیانه از وظایف ستاد است . (نحوه دریافت اطلاعات در سالهای آتی با روش های جدید و اینترنتی خواهد بود.

- برای گردآوری اطلاعات و استخراج نتایج مناسب و ارائه آمارها، نرم افزاری تهیه خواهد شد و در اختیار ستاد هدایت استانها قرار خواهد گرفت تا ورود اطلاعات به آن صورت گیرد. این نرم افزار خلاصه نتایج ایی که برای مدیران ارشد و برنامه ریزان وزارت اطلاعات ذی قیمتی در اختیار خواهد گذاشت. وظیفه ورود اطلاعات و استخراج و آنالیز آنها بعهده ستاد INETS می باشد.
- اختصاص حد اقل یک آمبولانس در مراکز فوریت های ۱۱۵ تعیین شده- بر اساس اصول سطح بندی - در سطوح ۲ و ۳ بیمارستان های هر دانشگاه (در یک مرکز سطح ۳ که پرخطرترین بیمارستان و مادران باردار را میپذیرد ۲ دستگاه آمبولانس پیشنهاد می شود) که امکان سوار شدن بسته مخصوص انتقال نوزاد در آن باشد (این آمبولانس می تواند در سایر مواقع برای سایر انتقالها بکار رود)
- آموزش سازماندهی مربوط به انتقال باید بر روی اهداف زیر متمرکز شود:
 - آگاه سازی ارائه کننده گان خدمات اورژانس و مراقبتهای زایمانی منطقه در مورد خدمات تخصصی در دسترس آنها در مورد مراقبت های زایمانی
 - کمک به ارائه کننده گان مراقبت های نوزادان در توسعه توانایی های خود در زمینه شناسایی نوزادان پرخطر، عوارض احتمالی و تثبیت نوزادان قبل از انتقال.
- ادامه ارتقای کیفیت در زمینه آموزش مداوم ارائه کننده گان مراقبت های نوزادان و خدمات اورژانس
- فرم های مخصوص انتقال که قبل از انتقال و حین انتقال می بایست پر شود در اختیار مراکز انتقال دهنده قرار خواهد گرفت. فرم های مخصوص انتقال که در مرکز مبدا توسط پزشک معالج پر می شود توسط تیم انتقال به بیمارستان مقصد تحویل میگردد پزشک تحویل گیرنده بیمار ذیل آنرا پر میکند (شرایط بیمار موقع تحویل و ساعت آن) . یک نسخه از آن روی پرونده بیمار می ماند و یک نسخه توسط سوپروایزر به ستاد فاکس میگردد ستاد انتقال اطلاعات را ماهیانه تجزیه و تحلیل نموده آمارها را استخراج و به معاونت درمان وزارت اعلام می نماید. (همچنین از اطلاعات حاصله پس خوراند لازم به مقصد و مبدا داده خواهد شد)

۶- وظایف پزشک معین دانشگاه

- پزشک معین باید در دسترس باشد و تلفن های ریفارال را دریافت نماید
- به پزشکان ارجاع دهنده پاسخ بدهد
- مشاوره تلفنی ارائه نماید و نیاز به انتقال را ارزیابی نماید
- اگر انتقال لازم باشد :
- محل دریافت خدمت را مشخص نماید
- تخت در دسترس را مشخص نماید
- نوع انتقال و وسیله را مشخص نماید
- اگر بیمار را دریافت کرد فید بک به مبدا بدهد

- در موارد استثنائی که ارجاع بیماری لازم باشد و ظرفیت تخت های بیمارستانی جوابگوی نیاز فوق الذکر نباشد استاد معین برای اعزام به یک بیمارستان بصورت اکسترا (اضافی) و یا عدم اعزام (اقامت موقت در بیمارستان مبدا و دریافت درمان های مقتضی با راهنمایی وی تا زمان فراهم شدن شرایط انتقال) و سایر موارد دستور میدهد. کلیه مکالمات مربوط به این موارد می باسد توسط ستاد INETS ضبط گردد. معاونت حقوقی دانشگاه می بایست در جریان این پروتکل باشد و در صورت بروز هر گونه مشکل قانونی از استاد معین حمایت نماید.

گروه های آموزشی نوزادان و/ یا کودکان می بایست هر ماه لیست اساتید معین برای نوزادان را به معاونت درمان و ستاد هدایت استان اعلام نمایند. در عوض ترتیبی اتخاذ شود تا پزشکان معین که مسئولیت این امر را می پذیرند حق الزحمه مناسب و امتیازی برای ارتقا سالیانه و درجات علمی از معاونت آموزشی اخذ نمایند. در ضمن معاونت حقوقی دانشگاه می بایست کلیه امور حقوقی و قانونی مربوط به اساتید معین را ضمانت نموده تا این اساتید با طیب خاطر به فعالیت بپردازند.

• مستد سازی ارجاع نوزادان:

پرونده های پزشکی برای تداوم مراقبتها از بیماران و ارزشیابی فرایند ارجاع ضروری است. هم پرسنل مرکز ارجاع دهنده و هم مرکز پذیرنده برای ارائه مستندات لازم اطلاعات بالینی مسئول هستند.

مسئولیت های مرکز ارجاع دهنده در مورد مستد سازی:

مدارک زیر باید در کنار نوزاد منتقل شده باشد:

- کپی برگه خلاصه پرونده بارداری و زایمان مادر
- کپی برگه خلاصه پرونده پزشکی فعلی نوزاد
- کپی هر نوع تصویر و یا فرمی که می تواند توسط تیم انتقال بررسی شود.
- برگه مراقبت ها در هنگام انتقال
- مرکز ارجاع دهنده باید پرونده مربوط به وضعیت نوزاد منتقل شده را نگه داری کند.

مسئولیت های مرکز پذیرنده در مورد مستد سازی:

- نگهداری یک نسخه از مشاوره ها و تماس های ارجاع
- نگهداری پرونده مربوط به وضعیت نوزاد منتقل شده
- ارسال خلاصه ای از مراقبت ها به ارائه کننده گان خدمات در بیمارستان مبدا

• ارتقای مداوم کیفیت :

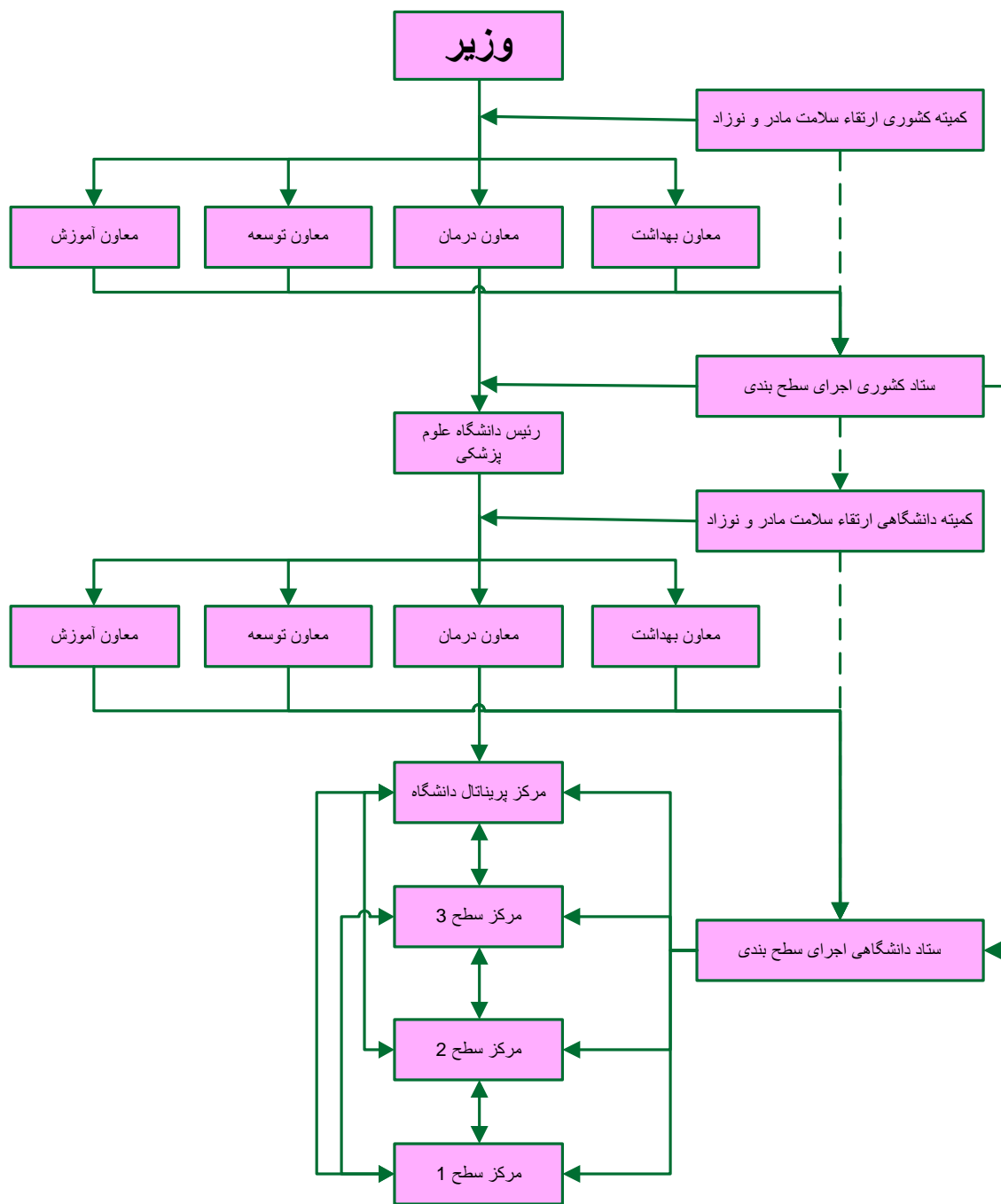
ارتقا کیفیت مداوم جزئی از برنامه های INETS است در این راستا اقدامات ذیل می بایست صورت گیرد

- تعریف مسئول روشن برای هر فعالیتی
- تعریف دورنما برای مراقبت ها
- گرد آوری اطلاعات
- پایش مداوم سیستم با استفاده از اطلاعات گرد آوری شده توسط فرم های انتقال کامل شده بین مبدا و مقصد و داخل امبولانس

- برنامه ریزی برای تغییرات (در صورت لزوم) و ادغام با شرایط گذشته برای به روز بودن
- ثبت ارتقا کیفیت و ارزیابی تاثیر آن
- داشتن سیستم فید بک برای مداخلات انجام شده

۴. برنامه سالیانه برای ارتقا کیفیت خدمات می بایست هر ساله در ابتدای سال در عرض ۱ ماه توسط مسئول **INETS** هر دانشگاه ارائه شود(این برنامه می تواند شامل برنامه های آموزشی مورد نیاز پرسنل ، و حد اقل ۳ معیار از معیار های ارتقا کیفیت در فوق باشد) ارائه گردد

دیاگرام زیر ساختار تصمیم گیری و ارتباطی اجزا مختلف، سطوح سیاست سازان، تصمیم گیران و مجریان برنامه سطح بندی خدمات پریناتال را به نمایش می گذارد.



کمیته کشوری ارتقاء سلامت مادر و نوزاد

تعریف:

این کمیته در جهت ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و انسجام برنامه های کشوری و آئین نامه کمیته کشوری ارتقاء سلامت مادر و نوزاد (پریناتال) تشکیل می گردد. دبیرخانه این کمیته در معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مستقر می باشد.

اهداف:

کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد نقش مشورتی برای سیاست گذاری، تبیین خط مشی ها، تدوین برنامه های ملی، کمک به اجرای برنامه های مرتبط به سلامت مادر و نوزاد دارد. این کمیته دارای چند زیر مجموعه در سطح ملی است.

• این زیر مجموعه ها در رابطه با ارتقاء سلامت نوزادان شامل موارد زیر است:

۱. کمیته کشوری احیاء نوزادان

۲. کمیته کشوری مراقبت آغوشی

• زیرمجموعه های مرتبط به سلامت مادر شامل موارد زیر است:

۱. کمیته کشوری زایمان ایمن

۲. کمیته کشوری نظام مراقبت مرگ مادر باردار

ترکیب اعضاء کمیته :

۱. وزیر بهداشت

۲. معاون بهداشت

۳. معاون درمان

۴. معاون برنامه ریزی و توسعه منابع

۵. معاون آموزش وزارت بهداشت

۶. مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

۷. رئیس مرکز مدیریت شبکه

۸. دو نفر فوق تخصص نوزادان (رئیس و دبیر انجمن نوزادان)

۹. دو نفر پریناتولوژیست (رئیس و دبیر انجمن علمی پریناتولوژی)

۱۰. یک نفر ماما (رئیس یا دبیر انجمن علمی مامایی)

۱۱. یک نفر دکترای پرستاری (رئیس یا دبیر انجمن پرستاری نوزاد)

۱۲. رئیس اداره سلامت نوزادان (به عنوان دبیر در جلساتی که مرتبط به نوزاد است)

۱۳. رئیس اداره سلامت مادران (به عنوان دبیر در جلساتی که مرتبط به مادران است)

۱۴. رئیس اداره مامایی معاونت درمان

۱۵. مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

۱۶. معاون وزیر در امور پرستاری

۱۷. کارشناس اداره سلامت نوزادان و مادران

جلسات این کمیته حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل می شود و علاوه بر اعضاء ، سایر مدعوین در صورت لزوم بنا به دعوت دبیر جلسه در جلسات کمیته شرکت می کنند.

شرح وظایف کمیته:

۱. ارائه مشورت در خصوص تعیین تدابیر و خطی مشی کشوری در مورد سلامت پری ناتال
۲. ارائه مشورت در خصوص شناخت نیاز های جامعه در مورد سلامت پری ناتال
۳. ارائه مشورت در خصوص تعیین روش هائی که باعث شناخت بهتر و پشتیبانی وسیع تری از طبقه بندی سطح خدمات می شوند
۴. ارائه مشورت در خصوص هماهنگ کردن شبکه های منطقه های سلامت پری ناتال
۵. ارائه مشورت در خصوص تعیین روشهایی که باعث فعال کردن و نگه داری سیستم شبکه می شود
۶. ارائه مشورت در خصوص پیشنهاد و بررسی و تصویب قوانینی که در مورد سلامت پری ناتال گذاشته می شود
۷. ارائه مشورت در خصوص برنامه ریزی جهت کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان
۸. تشکیل ستاد کشوری اجرای سطح بندی خدمات پریناتال
۹. بررسی و تصمیم گیری درخصوص درخواست کمیته های دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد مبنی بر تغییر سطوح یا تعداد تخت بخشهای مربوط به زایمان یا نوزادان
۱۰. تعیین تعداد نیروی انسانی متخصص مورد نیاز در بخش ها و سطوح مختلف و پیشنهاد تربیت و آموزش و جذب آنها به معاونت های مربوطه

ستاد کشوری اجرای سطح بندی خدمات مادر و نوزاد

ستادی است در سطح وزارت بهداشت که برای اجرای برنامه سطح بندی خدمات مادر و نوزاد تشکیل شده و دوره فعالیت آن تا زمان اجرا کامل سطح بندی در کل کشور خواهد بود.

۱. این ستاد به صورت مستقیم زیر نظر وزارت محترم فعالیت کرده و تمامی مصوبات آن با امضاء وزیر اجرا می شود. این ستاد زیر مجموعه اجرایی کمیته کشوری ارتقاء سلامت مادر و نوزاد در مورد سطح بندی خدمات مادر و نوزاد است.
۲. محل دبیرخانه این ستاد در معاونت درمان یا معاونت بهداشت بوده و دبیر اجرایی آن با انتخاب اکثریت اعضاء ستاد بوده و با ابلاغ وزیر شروع به فعالیت خواهد کرد.
۳. جلسات ستاد هر ماه یک بار با ریاست معاونت درمان وزارت بهداشت برگزار شده و در صورت نیاز با پیشنهاد اعضاء تعداد جلسات آن افزایش می یابد.

اعضا:

۱. معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. نماینده تام الاختیار معاونت توسعه برنامه ریزی و نیروی انسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. نماینده تام الاختیار معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴. رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت
۵. رئیس دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد تعرفه سلامت
۶. رئیس مرکز مدیریت شبکه
۷. مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
۸. مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات درمانی
۹. مدیر کل مرکز نظارت و اعتبار بخشی درمان
۱۰. رئیس اداره سلامت مادران
۱۱. رئیس اداره سلامت نوزادان
۱۲. یک نفر عضو انجمن نوزادان
۱۳. مشاور وزیر بهداشت در امور مامایی وزارت
۱۴. مشاور وزیر بهداشت در امور پرستاری
۱۵. رئیس اداره مامایی
۱۶. کارشناسان اداره سلامت مادران و نوزادان

وظایف:

۱. تهیه دستورالعمل اجرایی برنامه سطح بندی خدمات پریناتال
۲. نظارت بر اجرای برنامه سطح بندی خدمات پری ناتال
۳. نظارت و اعتبار بخشی مراکز پریناتال کلیه دانشگاه علوم پزشکی کشور
۴. بررسی نیاز های آموزشی، مالی، نیروی انسانی، تجهیزاتی پیشنهاد شده توسط کمیته های ارتقاء سلامت مادر و نوزاد دانشگاه ها، تخصیص منابع مالی و مجوز استخدام نیروی انسانی

کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد

تعریف:

اولین قدم برای اجرای برنامه تشکیل کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد در دانشگاه است این کمیته در جهت ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و انسجام در برنامه های دانشگاه تشکیل شده است. این کمیته زیر نظر مستقیم ریاست دانشگاه انجام وظیفه می نماید. جلسات این کمیته، حداقل سه ماه یک بار به ریاست رئیس دانشگاه و با حضور معاونین توسعه، بهداشت و درمان و آموزشی دانشگاه تشکیل می شود.

هدف:

این کمیته برنامه ریزی، کمک به اجرای^{۱۷} برنامه ها و نظارت بر کارکرد شبکه بیمارستانی را برعهده دارد.

ترکیب اعضا:

اعضا کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد شامل افراد زیر است:

¹⁷ Implantation

۱. ریاست دانشگاه
 ۲. معاون توسعه برنامه ریزی و نیروی انسانی دانشگاه
 ۳. معاون درمان دانشگاه (دبیر اجرایی کمیته)
 ۴. معاون بهداشت دانشگاه
 ۵. معاون آموزش دانشگاه
 ۶. دو نفر پریناتالوژیست یا متخصص زنان با گرایش پریناتالوژی
 ۷. مدیر گروه زنان دانشگاه
 ۸. دو نفر فوق تخصص نوزادان
 ۹. مدیر گروه اطفال دانشگاه
 ۱۰. مدیر گروه مامایی دانشگاه
 ۱۱. کارشناس مسئول امور مامایی معاونت درمان دانشگاه
 ۱۲. نماینده دفتر امور پرستاری دانشگاه
 ۱۳. توصیه می گردد دبیر علمی این جلسات یک نفر فوق تخصص نوزادان یا پریناتولوژیست که علاقمند به امر سطح بندی است، باشد.
- وظایف این کمیته شامل:

۱. تعیین خط مشی دانشگاهی جهت ارتقاء سلامت پریناتال با در نظر گرفتن اهداف کشوری
۲. شناخت نیاز ها و اولویت های منطقه ای در مورد سلامت پری ناتال
۳. فعال کردن شبکه های منطقه های سلامت پری ناتال و نظارت بر عملکرد آنها
۴. تامین منابع مالی و پشتیبانی نرم افزاری و سخت افزاری شبکه سلامت مادر و نوزاد
۵. بررسی پیشنهادات، قوانین و طرح های جدید در مورد سلامت پریناتال
۶. برنامه ریزی جهت کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان در منطقه تحت پوشش
۷. آماده سازی و گزارش اقدامات بعمل آمده و پیشنهادات به دبیرخانه کمیته کشوری ارتقاء سلامت مادر و نوزاد
۸. تشکیلات ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی

ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی خدمات پریناتال

تعریف:

ستادی است دانشگاهی یا وابسته به دانشگاه که رئیس آن با پیشنهاد کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد انتخاب و با حکم ریاست دانشگاه، برای مدت چهار سال، منصوب می شود. این مرکز مسئول اجرای صحیح برنامه سطح بندی خدمات در منطقه تحت پوشش است. این ستاد در بیمارستان مرکز پریناتال (بالاترین سطح ارائه خدمات در منطقه تحت پوشش) یا در معاونت درمان دانشگاه مستقر می شود.

ترکیب اعضا:

۱. مدیر درمان دانشگاه

۲. یک فوق تخصص نوزادان در صورت نبودن متخصص اطفال (شاغل در مرکز پریناتال)
۳. یک پریناتولوژیست در صورت نبودن متخصص زنان و مامایی (شاغل در مرکز پریناتال)
۴. یک نفر کارشناس مامایی (ترجیحاً ارشد)
۵. یک نفر کارشناس پرستاری (ترجیحاً ارشد)
۶. مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت مرکز بهداشت استان
۷. کارشناس مسئول سلامت مادر و کودک معاونت درمان

وظایف ستاد:

- (۱) مسئولیت ستاد در منطقه تحت پوشش:
 - اولین وظیفه این ستاد ایجاد هماهنگی بین سطوح مختلف منطقه است به شکلی که مادر و نوزاد به نحوی هدایت شوند که از امکانات تشخیصی درمانی با کیفیت بالا، و متناسب با سطح نیازشان بهره مند شوند.
 - بوسیله توافق نامه "محدوده خدمات" با هر مرکز، وظایف و ویژگی های مراکز تحت پوشش را مشخص می کند.
 - با استفاده از آمار و داده های جمع آوری شده از مراکز مختلف زمینه لازم جهت بهبود کیفیت کار را ایجاد می کند. این ستاد در ارتباط مستقیم با کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد عمل می کند.
- (۲) مسئولیت نظارت بر عملکرد مراکز منطقه:
 - نظارت این ستاد همه فعالیت های مراکز تحت پوشش از زمان پذیرش بیمار تا زمان ترخیص و ثبت آمار مهمی مانند ضریب اشتغال تخت ها، وزن تولد نوزادان و نحوه درمان و پیامدهای آن، عوارض و مرگ میر و میزان معلولیت های احتمالی را فرا می گیرد.
 - این نوع نظارت در راستای برنامه ریزی و انجام برنامه "ارتقای مستمر کیفیت" و تشکیل "کمیته منطقه ای کیفیت" انجام می گیرد.
 - هدف از این نظارت دستیابی به راه حل مناسب برای کاهش نقاط ضعف و در نتیجه بهبود کیفیت خدمات ارائه شده است.
 - بصورت سالیانه به ارزیابی منطقه جهت شناخت وضعیت انطباق منطقه با استاندارد های تعیین شده اقدام می کند. ارزیابی فوق با همکاری و تحت نظارت "کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد" انجام میشود.
 - اجرای برنامه پایش و ارزشیابی خدمات و اعتبار بخشی مراکز در منطقه زیر نظر ریاست دانشگاه منطقه و با همکاری کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد انجام می شود. شاخص های این ارزیابی فقط به اندکس های مرگ و میر و وزن تولد محدود نمی شود و شاخص های مهم دیگر مانند مدت بستری، تخت روز، ضریب اشتغال تخت، نتایج پیگیری های بعد از ترخیص و نکات مهم دیگر را هم در برمیگیرد. باید گزارش سالانه ای به کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و دانشگاه، ارائه شود.
 - نظارت و برنامه ریزی برای ایجاد بستر مطلوب و راهکارهای مربوط به انتقال بیمار و پی آمد آن، پیگیری بعد از ترخیص و پایش تکامل شیرخوار و کودک. انجام هماهنگی های لازم جهت پیگیری مناسب نوزادان در معرض خطر.

۳) مسئولیت اعتلای سطح علمی در منطقه تحت پوشش، با برنامه ریزی آموزش مداوم پزشکان و کادر پیراپزشکی، برنامه آموزشی از قبیل کارگاه احیای نوزاد، کنفرانسهای پری ناتال و موربیدیته/ مورتالیتی، معرفی موارد (case presentation) و کنفرانس برای ارائه نتایج آماری. از جمله عناوین آموزشی پر اهمیت، چهار برنامه زیر است:

- احیای نوزاد
- برنامه آموزش مادران نظیر کارگاه های مشاوره شیردهی
- انتقال نوزاد و تثبیت وضعیت نوزاد قبل و حین انتقال
- برنامه های آموزشی در رابطه با پیگیری نوزاد برای پزشکان و پرستاران و ماماهاى منطقه تحت پوشش که در زایشگاه های منطقه شاغل هستند.
- آموزش و مراجعه حضوری سالانه به مراکز بر طبق مسائل و مشکلات هر مرکز^{۱۸} بر پایه مشاهدات و مستندات موجود
- ارتباط علمی با سایر مراکز دانشگاهی کشور و سایر کشورها و تبادل علمی با آنها
- تعیین جداول زمان بندی برنامه های آموزشی برای منطقه، انتخاب روش آموزش و اجرای آن به عهده این مرکز است.

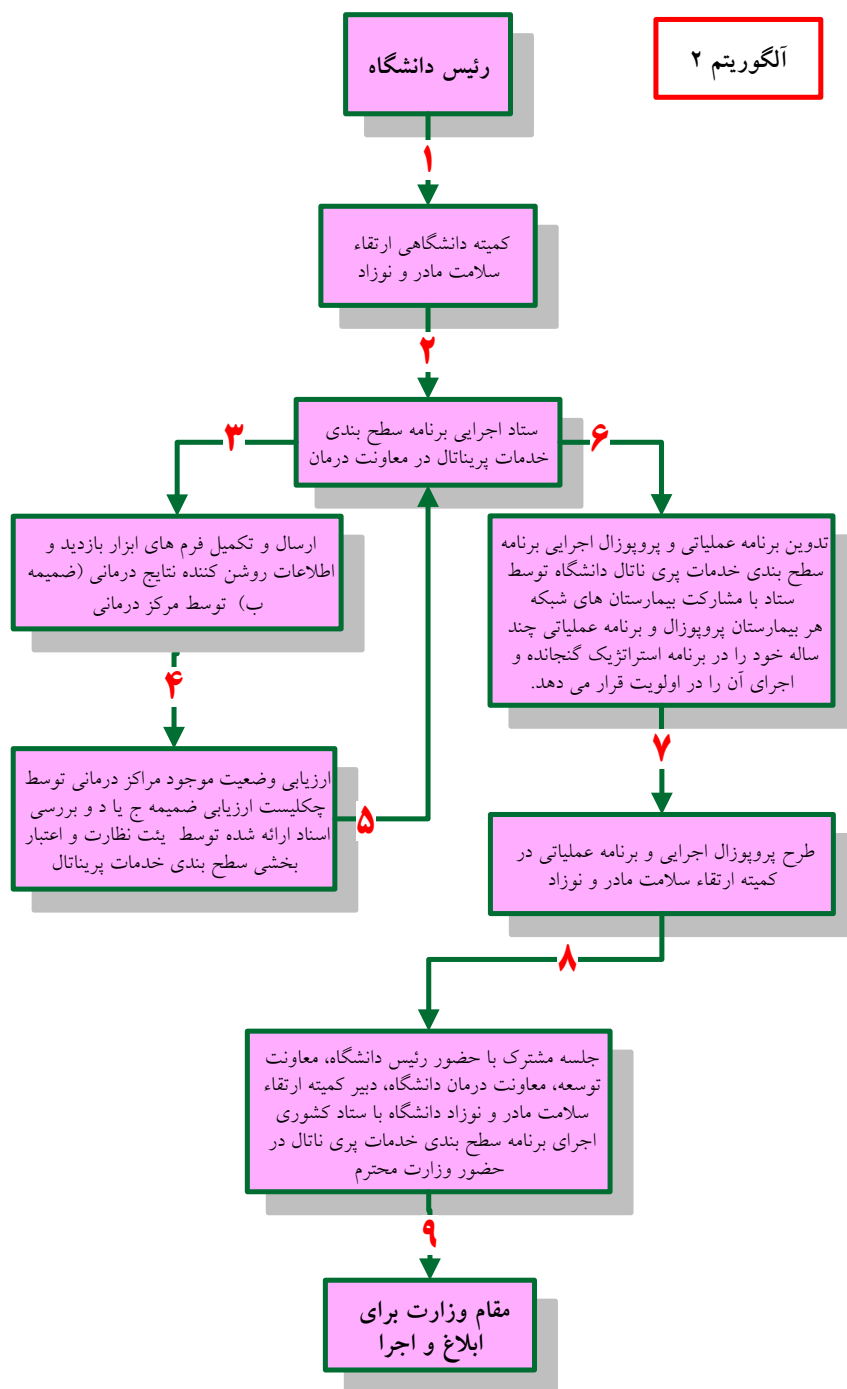
۴) تشکیل هیات نظارت بر اعتباربخشی سطح بندی با ترکیب زیر:

- یک نفر فوق تخصص نوزادان (مسوول کارگروه)
- یک نفر پریناتولوژیست
- مسوول واحد مامایی
- نماینده اداره پرستاری
- مسوول ارزشیابی بیمارستانها
- کارشناس معاونت درمان (مسوول اجرایی کارگروه)
- کارشناس تجهیزات پزشکی
- کارشناس معاونت بهداشت

۵) بررسی و مرور آمار جمعیت، مرگ و میر و تولد در منطقه تحت پوشش

- ستاد با استفاده از کارشناسان آگاه به جغرافیای منطقه و اطلاعات بهداشت و آمارهای مرگ و میر مادران و نوزادان استان نقشه پیشنهادی سطح بندی خدمات مادر و نوزاد را بعنوان اساس شروع اقدامات سطح بندی قرار می دهد.

نحوه اجرای برنامه برای رسیدن به اهداف مورد نظر



اقدامات اجرایی برنامه در سطح دانشگاه در آلگوریتم شماره ۲ و ۴ به نمایش در آمده است:

۱. همانطور که در آگوریتیم مشاهده می کنید اولین اقدام دانشگاه باید تاسیس کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد در دانشگاه با ریاست رئیس دانشگاه باشد.

- همواره باید جلسات آن با حضور ریاست دانشگاه تشکیل شود.
- نقش این کمیته سیاست گذاری سلامت مادر و نوزاد در دانشگاه، ارائه مشاوره به ریاست دانشگاه است.
- کمیته های مرتبط به سلامت مادر و نوزاد به عنوان زیرمجموعه این کمیته به فعالیت ادامه می دهند.
- صورت جلسات آن به دبیرخانه ستاد اجرایی برنامه سطح بندی خدمات پریناتال واقع در دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس ارسال شود.
- اولین صورت جلسه کمیته در راستای اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال تاسیس ستاد اجرایی برنامه سطح بندی در سطح معاونت درمان است.

۲. اقدام دوم برای اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال تاسیس ستاد اجرایی در معاونت درمان (مرکز مدیریت خدمات پریناتال) است:

- این ستاد حداقل هر دو هفته یک جلسه با حضور معاونت درمان تشکیل داده و مراحل اجرایی برنامه را مورد بررسی قرار می دهد.
- برنامه کاری اصلی این ستاد شامل موارد است:
 - بررسی وضعیت موجود خدمات، امکانات و نیروی انسانی مرتبط با سلامت مادر و نوزاد در منطقه تحت پوشش دانشگاه
 - تدوین برنامه عملیاتی و پروپوزال اجرای در دانشگاه
 - به مرحله اجرا رساندن برنامه
 - پایش و ارزشیابی اجرای برنامه
- صورت جلسات این ستاد برای ریاست دانشگاه و اعضای کمیته ارتقاء سلامت ارسال می شود.
- هیئت نظارت و اعتباربخشی زیر مجموعه نظارتی آن بوده و مسئول پایش و ارزشیابی اجرای برنامه نیز می باشد.

۳. برای رسیدن به اهداف مورد بحث در ادامه باید وضعیت موجود مراقبت از مادر و نوزاد^{۱۹} در منطقه جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه مورد بررسی قرار داد. این کار بهتر است از بیمارستان های سطح ۱ شروع و سپس سطح ۲ و در سطح ۳ خاتمه یابد:

- ارسال فرم اطلاعات روشن کننده نتایج درمانی برای بیمارستان و تعیین زمانی برای بازدید هیئت نظارت و اعتبار بخشی است. از بیمارستان خواسته می شود که فرم های ارستای را تا تاریخ بازدید تکمیل کرده و برای ستاد اجرایی برنامه سطح بندی خدمات پری ناتال ارسال نماید.
- هیئت نظارت و اعتبار بخشی برنامه ضمن مراجعه به بیمارستان فرم ارزیابی (ضمیمه ج یا د) را طی بازدید تکمیل می کند. در طی بازدید از بیمارستان ها تمامی ذی نفعان مراقبت از مادر و نوزاد باید در جریان بوده و

¹⁹ Situation analysis

حضور داشته باشند، مانند ریاست شبکه، ریاست بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، فوق تخصص ها و متخصصین زنان و کودکان و ماماها و پرستاران بخش های نوزادان و زنان هر بیمارستان.

۴. ستاد بعد مشاهده گزارش سفر هیئت نظارت و اعتبار بخشی و فرم های ارسال شده به بیمارستان سطح کنونی بیمارستان بر اساس استاندارد های ارائه شده در فصل دو و سه تعیین کرده و فاصله آن را با سطح ایده آل مشخص می کند (الگوریتم ۳):

- بعد از فراهم شدن اطلاعات پایه سلامت مادر و نوزاد، اطلاعات بدست آمده از وضعیت موجود را با استاندارد های پیشنهاد شده در برنامه سطح بندی بسنجیم و کمبود ها و نقائص را مشخص کنیم. این کمبود ها و نقائص باید در همه ابعاد مشخص شوند مانند نیروی انسانی، تجهیزات و . . . در راستای تهیه فاصله فرصت پیگیری می شود. ضمن تدوین توافق نامه محدوده خدمات^{۲۰} مطابق با سطح موجود، فاصله بیمارستان تا استاندارد را محاسبه (تحلیل شکاف^{۲۱}) را براساس مقایسه وضعیت موجود با استاندارد های سطح پیشنهاد شده در نقشه پیشنهادی وزارت بهداشت تهیه می گردد. فاصله فرصت شامل نیاز های نیروی انسانی، تجهیزات، فضای فیزیکی و آموزشی مراکز است که باید برای هر مرکز با توجه به سطح استاندارد آن به صورت جداگانه مشخص شود.

- بصورت ابتدایی سطوح شبکه منطقه ای بیمارستانی را مطابق با برنامه کشوری سطح بندی خدمات پریناتال ترسیم کنید. ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی خدمات پریناتال برحسب شرایط می تواند تغییر سطوح بیمارستانی و خدمات آن را کتبا از کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد در دانشگاه درخواست نماید. هر گونه تغییر در سطوح پیشنهادی در سطح دانشگاه باید به صورت کتبی از ستاد کشوری اجرای برنامه سطح بندی مورد درخواست قرار گرفته و در صورت موافقت آن مرجع اجرا شود.

- در نقشه ارائه شده سطوح سه گانه یک، دو و سه پیشنهاد شده و به انواع مختلف هر کدام از سطوح اشاره نشده است. شما بر اساس جغرافیای منطقه تحت پوشش دانشگاه خود و اولویت ها و سیاست گذاری دانشگاهی بیمارستان ها را به سطوح ۱، ۲ الف، ۲ ب، ۳ الف، ۳ ب تقسیم کرده و تعداد تخت جایگاه و محدوده خدمات هر کدام و نقش آن در شبکه سلامت پریناتال را مشخص نمایید.

۵. گام بعدی، تدوین برنامه عملیاتی است. برنامه عملیاتی در راستای ارتقاء خدمات بیمارستانی، نیروی انسانی، مهارت و دانش آنها و تجهیزات بر اساس سطح پیشنهاد شده تدوین می شود. شامل عنوان فعالیت، دوره زمانی فعالیت، چگونگی انجام فعالیت، فرد مسئول انجام آن، ارگان مسئول و مسئول نظارت بر انجام فعالیت می شود.

- برای هر بیمارستان به صورت جداگانه برنامه عملیاتی ارتقاء کیفیت تدوین می شود.
- در تدوین برنامه عملیاتی به اولویت ارتقاء مهارت و دانش پرسنل بر ارتقاء تجهیزات، وسائل مصرفی و فضای فیزیکی توجه شود.

۶. گام بعدی، پایش و ارزشیابی اجرای برنامه است:

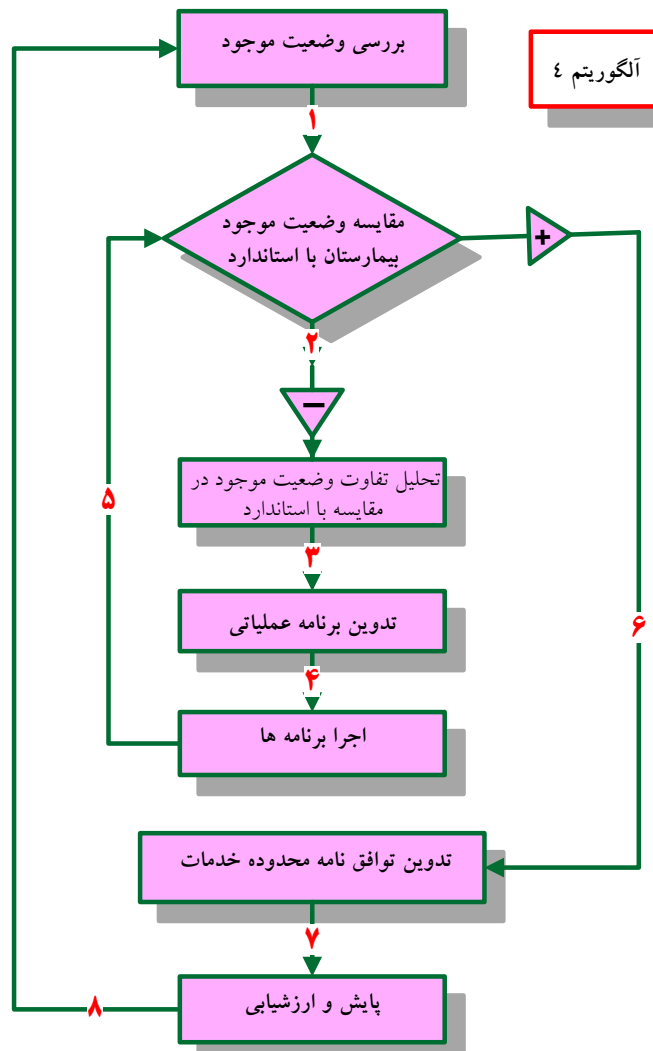
²⁰ Letter of Agreement

²¹ Gap Opportunity

- هر سه ماه باید ستاد اجرای برنامه سطح بندی گزارشی از اجرای برنامه عملیاتی را به کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد ارائه بدهد.
- اگر موانع اجرای برنامه در سطح دانشگاه قابل برطرف کردن نبود و نیاز به دخالت سطوح بالا تر مانند ستاد اجرا کشوری یا شخص وزیر بود موضوع به ستاد اجرایی سطح بندی خدمت پری ناتال ارجاع داده می شود. کمیته نیز می تواند با ستاد اجرایی کشوری برنامه مکاتبه داشته باشد.

توافق نامه محدوده خدمات

" توافق نامه محدوده خدمات " متن قرار داد دو طرفه ای است که بین ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی خدمات پریناتال و همه مراکز تابعه اعم از دولتی و خصوصی که دارای بخش زنان یا نوزادان هستند، منعقد می شود تا حیطه ارائه خدمات مادر و نوزاد برای هر یک از مراکز، بر حسب ویژگی های آن مرکز، مشخص کند. هر زمان که مرکزی، به دلیل افزایش یا کاهش فعالیت خود، می خواهد تغییری در برنامه درمانی خود ایجاد کند، ضروریست که آنرا به تائید ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی برساند و این تغییر در متن موافقت نامه، ثبت شود.



وجود این مدرک جهت درخواست اعطای درجه (سطح) و یا تغییر درجه ضروری است. این مدرک باید در زمان بازدید های نظارت و ارزشیابی مراکز ارائه شود.

حداقل محتوای " توافق نامه محدوده خدمات" به شرح زیر است:

۱. توصیف اینکه چگونه و با چه تدابیری در آن مرکز، عوامل خطر و بیماری مادر جنین و نوزاد شناخته می شوند. (امکانات مرکز)
۲. شرح مواردی که برای بیمار (مادر، جنین یا نوزاد) در خواست مشاوره می شود و مواردی که در خواست انتقال می شود:

 - شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به وضع مخاطره آمیز مراجعه کننده، نیاز به انتقال به سطح بالا تروجود دارد.
 - شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به امکانات این مرکز، درگام اول، نیاز به انتقال ندارد اما باید اقدام به مشاوره با سطوح بالاتر گردد.

۳. تعیین روشی برای اعلام فرایند درمانی بیمار ارجاع شده به سطح سه، به پزشکان بخش ارجاع دهنده، تا بیمار بتواند جهت ادامه درمان به بیمارستان نزدیکتر به محل زندگی خویش بازگردد. مشخص شود، این مرکز توانائی ادامه مراقبت از کدام گروه از مادران و نوزادان را دارد. (حد امکان مراقبت در بازگشت یعنی پس از درمان وضعیت بحرانی بیمار در سطح سه، بدون توجه به طبقه بندی سطوح و تنها بر حسب امکانات حاضر برای هر مرکز، پس از توافق طرفین، در موافقتنامه ابعاد ارائه خدمات ثبت شود).
۴. شرح چگونگی انتقال بیمار (مادر- جنین، نوزاد) در معرض خطر به مرکز سطح سه. وظائف هر دو طرف در این انتقال مشخص می شود.
۵. توصیف چگونگی اجرا و ارزیابی برنامه " مشاوره" مادران و نوزادان این مرکز با مرکز مرجع سطح سه منطقه. ضروری است که در موارد وضعیت مخاطره آمیز پری ناتال و مواردی که بتواند موجب معلولیت شود، مشاوره ای با مرکز سطح سه در مدت کمتر از ۲۴ ساعت بعد از زمان تشخیص انجام شود. ویژگی های آن مرکز در باره نوع و محل مشاوره در این موافقت نامه ثبت میشود. (تلفن های تماس، شماره دورنگار. . . برای انجام مشاوره ثبت می شود).
۶. ارائه اطلاعات، اعم از مشاوره، آزمایشات و اقدامات پیشگیری - درمانی قابل استفاده در منطقه، که برای والدین شیرخوار مبتلا، یا در خطر ابتلا به معلولیت حرکتی و حسی می تواند مفید باشد.
۷. شرح برنامه های لازم آموزش مداوم حرف پزشکی و پیراپزشکی در این مرکز و چگونگی همکاری بین این مرکز و مرکز سطح سه، برای اجرای آنها.
۸. پیش بینی چگونگی حضور این مرکز در کمیته مرگ و میر منطقه. این کمیته بطور مرتب (حد اکثر هر ماه یکبار) برگزار می شود. در این کمیته همه مسائل فوت مادران و نوزادان و تعدادی از عوارض و معلولیت های انتخاب شده (بر حسب برنامه کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد پری ناتال منطقه)، مورد بررسی قرار میگیرند. درجلسات این کمیته بروی انتخاب درمان مناسب و اقدامات لازم جهت کاهش مرگ و معلولیت، بحث و گفتگو می شود. در همین جلسات، آمار مقایسه ای و آمار کلی مرگ و میر پری ناتال و عوارض و معلولیت نوزاد و مادر ارائه میشود. اعضای این کمیته،

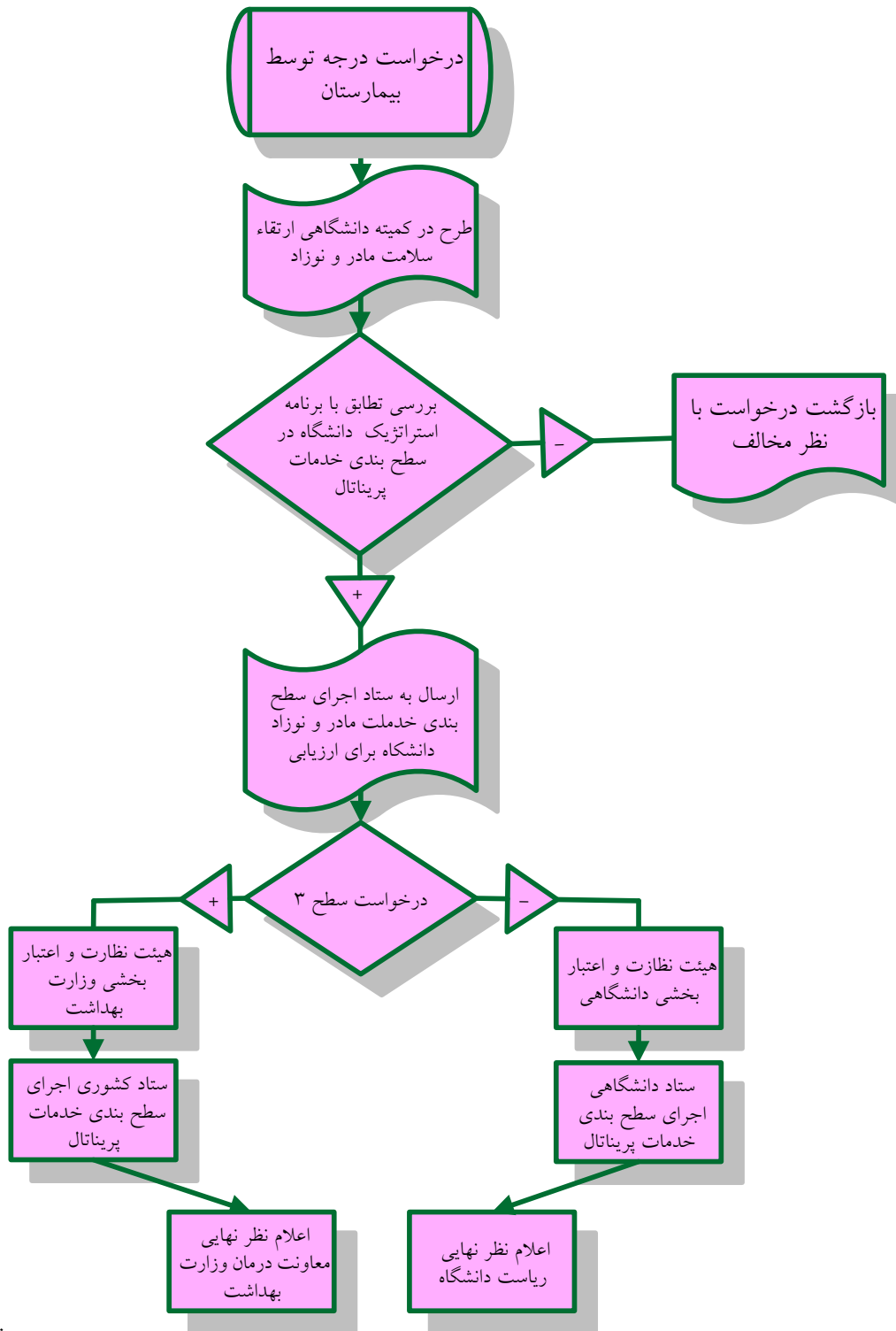
متخصصین در رشته زنان و نوزادان مسئول در مرکز مدیریت و مرکز درمانی مورد نظرمی شوند. بر حسب نیاز افراد دیگر مثلاً متخصصین بیهوشی، پزشک معالج و ریاست مرکز مربوطه یا نماینده وی، به جلسه فرا خوانده می شوند. یک خلاصه نامه سالانه از این جلسات توسط مرکز مدیریت تهیه می شود. در این خلاصه اطلاعات آماری و عواملی که منجر به فوت قابل اجتناب یا معلولیت شده اند گزارش می شوند و راهکار های ممکن جهت پیشگیری از آن پیشنهاد می شود. این پیشنهادات به کمیته کنترل ارتقاء سلامت مادر و نوزاد ارائه و از آنجا به کمیته کشوری ارجاع می شود.

۹. توصیف چگونگی انجام برنامه پیگیری های بعد از ترخیص.

۱۰. توصیف نحوه پایش^{۲۲}، ارزیابی و بهبود کیفیت خدماتی که ارائه میشود و وظایف آن مرکز در جمع آوری آمارمورد درخواست مرکز مدیریت منطقه، دانشگاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

اعطاء و لغو درجه سطح:

۱. ریاست مرکز طی نامه ای به کمیته ارتقا سلامت مادر و نوزاد در دانشگاه، در خواست دریافت "درجه" سطح یک، دو یا سه، برای مرکز خود را اعلام می کند و اطلاعات زیر ارائه می نماید:
 - توصیف دقیق محل جغرافیائی که آن مرکز تحت پوشش قرار می دهد (در صورت لزوم، همراه با نقشه)
 - توصیف دقیق ساختار فیزیکی آن مرکز
 - معرفی دقیق کارکنان آن مرکز:
 - نام و عناوین و شماره تماس ریاست بیمارستان و بخش های زنان، نوزادان، بیهوشی، کودکان، دفتر پرستاری و نام و شماره تماس کلیه پزشکان و پرستاران ماماها ی بخشهای زنان، نوزادان و متخصصین بیهوشی
 - شرح نسبت پرستار (ماما) به بیمار در بخش نوزادان، اتاق زایمان، قسمت "بعد از زایمان" و بخش مراقبت ویژه نوزادان
 - شرح میزان سابقه و صلاحیت پرسنل پرستار و ماما مشغول به کار در بخش های نوزادان، اتاق زایمان و قسمت "بعد از زایمان"
 - شرح گروه افرادی که (۲۴ ساعته در محل) مامورند که اقدامات فوری جهت احیا و تثبیت وضعیت نوزاد بیمار را قبل از ارجاع، انجام دهند
 - توصیف بخش های رادیولوژی و آزمایشگاه و ذکر چگونگی فعالیت ۲۴ ساعته آن بخش ها
 - چگونگی امکان انجام مونیتورینگ الکترونیک جنین و تفسیر آن بطور ۲۴ ساعته
 - چگونگی امکان انجام سونوگرافی بطور ۲۴ ساعته
 - توصیف امکانات موجود یا برنامه ریزی شده برای برخورد با موارد اورژانس مثلاً موارد فوریت جراحی نوزادان، لیست متخصصین جراح دیگر رشته ها و افراد دوره دیده برای برخورد با فوریت ها. توصیف امکانات موجود یا برنامه ریزی شده برای انجام سزارین فوری و مدت زمان انتظار برای شروع عمل.



توصیف

- توانائی های موجود یا برنامه ریزی شده برای شناخت حاملگی پر خطر و نوزاد بیمار، و پیش نویس توافق نامه محدوده خدمات موجود برای چگونگی انجام مشاوره با مرکز پری ناتال منطقه در صورت بروز عوارض بارداری یا نوزادی
- روش برخورد با بیمار مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی یا با فوریت های جراحی نوزاد

- روش برخورد با بیماری ژنتیکی احتمالی نوزاد
 - روش برخورد با والدین نوزادی که احتمال می رود مبتلا به معلولیت مهمی باشد
 - توصیف بیمارانی که در آن مرکز مداوا میشوند و بیمارانی که باید ارجاع شوند.
 - شرح وضعیت فعلی انجام برنامه " ارتقای مستمر کیفیت" در آن مرکز
 - کلیه اطلاعات لازم برای مرکز مدیریت منطقه ای پریناتال که این مرکز را پوشش خواهد داد.
۲. کمیته ارتقا سلامت مادر و نوزاد در دانشگاه، وصول نامه را اطلاع می دهد و رونوشت آن فرم ها را به ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی خدمات پریناتال ارسال می نماید.
۳. ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی، بازدید از مرکز را هماهنگ می کند. هیات نظارت بر اعتباربخشی موظف است ظرف مدت یکماه از مرکز بازدید و نتیجه را به ستاد منطقه اعلام نماید. ستاد طی نامه ای گزارش کامل بازدید محل را طی ۳۰ روز به دانشگاه ارسال می نماید. گروه فوق تطبیق وضعیت مرکز با شرایط مندرج بروی پیشنویس "توافق نامه محدوده خدمات" را کنترل می کنند، و فرم شماره یک و دو را تکمیل می کنند و یک نسخه از آن را در اختیار ریاست آن ستاد جهت بررسی و توضیح، ظرف ۱۵ روز آینده، قرار می دهند.
۴. در صورت وجود فاصله زمانی بیش از ۳ ماه بین بازدید اول و جلسه کمیسیون کمیته دانشگاهی از ستاد درخواست انجام بازدید مجدد می گردد. در این صورت، تصمیم گیری، منوط به نتیجه این بازدید خواهد بود.
۵. در بازدید مراکز سطح سه نمایندگان اداره سلامت نوزادان و اداره مادران حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمیته کشوری ارتقاء سلامت مادر و نوزاد حضور دارند و تاییدیه ایشان برای اخذ درجه سطح سه ضروری است.
۶. هیئت مذکور گزارش کامل بازدید و "توافق نامه محدوده خدمات" را به کمیته دانشگاهی، جهت بررسی، ارجاع می کنند. در طی این مرحله از بررسی، ممکن است مسئولین مرکز درخواست کننده، جهت توضیح و هماهنگی، به دفتر کمیته دعوت شوند.
۷. کمیته، بعد از مطالعه کلیه گزارشات و بررسی کامل اطلاعات جمع آوری شده و با شناختی که از نیازهای منطقه دارد، نظر مساعد یا نا مساعد خود را تسلیم ریاست دانشگاه می کند.
۸. مسئولیت تصمیم نهائی، به عهده نماینده وزیر در استان یعنی ریاست دانشگاه است و نتیجه آن کتباً به مرکز درخواست کننده طی سی روز ابلاغ می شود. تصمیم گیری وی، بر مبنای نظر "کمیته پری ناتال" و نیازهای منطقه ای که مرکز در آن قرار گرفته است می باشد. وی، برای تصمیم گیری، به نکات زیر توجه میکند:
- بیمارستان دارای " برنامه بیمارستانی ارائه خدمت به مادر- نوزاد" مناسب و قابل انطباق با سطح مورد درخواست، باشد
 - وجود یک "توافق نامه محدوده خدمات" مورد تأیید بین آن مرکز و ستاد اجرایی
 - محتوای فرم های شماره الف و ب .
 - مدارک دیگری که بیانگر قابل انطباق بودن این مرکز با نیازهای شبکه سلامت پری ناتال منطقه باشد
۹. در صورت موافقت ریاست دانشگاه " توافق نامه محدوده خدمات" بین ستاد دانشگاهی اجرای سطح بندی خدمات پریناتال و مرکز موردنظر نهایی شده و اجرای آن قطعی و لازم الاجرا میباشد.

۱۰. سطح بندی کلیه مراکز حداکثر هر سه سال یکبار یا هر زمان که تصور شود که وضعیت یک مرکز پاسخگو نیاز های منطقه نیست، مورد ارزیابی مجدد قرار می گیرند. مواردی که باعث می شوند یک مرکز در قبل از پایان دوره سه ساله، ارزیابی مجدد شود، به شرح زیر است:

- وقتی مدیران آن مرکز تصمیم به کاهش یا افزایش فعالیت بخشی از آن مرکز دارند.
 - پی آمد بد بیماران در آن مرکز
 - تغییر در منطقه تحت پوشش برای آن مرکز
 - زمانی که بر حسب نظر مدیریت پری ناتال منطقه یا نظردانشگاه، آن مرکز، همکاری مفیدی در برنامه " ارتقای مستمر کیفیت" در ارزیابی های آماری مداوم ندارد.
۱۱. درجه سطح فعلی تا زمان دریافت درجه بندی جدید معتبر است.

لغو امتیاز (درجه سطح خدمات)

أ. در صورت اثبات عدم کفایت یک مرکز، رییس دانشگاه می تواند مجوز را فسخ و درجه اعتبار آن مرکز را باطل کند. عوامل زیر باعث طرح مسئله ابطال درجه می شوند:

۱. عدم اجرای موارد مذکور در "توافق نامه ابعاد ارائه خدمات"
۲. عدم پایبندی به مفاد " برنامه بیمارستانی ارائه خدمت به مادر- نوزاد"
۳. نتیجه نامطلوب در پی بازدید از محل مرکز به دلیل غیر استاندارد بودن آن مرکز
۴. عدم وجود امکانات و تجهیزات لازم برای سطح مورد بحث
۵. شرکت ناکافی در برنامه "ارتقای مستمر کیفیت"

ب. ابطال درجه مرکز زمانی قابل انجام است که:

۱. یکی از مسائل عدم کفایت فوق، از طرف معاونت درمان یا بهداشت دانشگاه یا هیئت نظارت و اعتبار بخش موزارت بهداشت مشاهده شده باشد. مسئله فوق به اطلاع مرکز مربوطه رسیده باشد.
۲. بعد از گذشت فرصت مشخص شده، این مرکز هیچ اقدامی جهت اصلاح آن انجام نداده باشد.
۳. با ارسال نامه ای این موضوع به اطلاع ریاست دانشگاه رسانیده شده و درخواست ابطال درجه آن مرکز میشود.
۴. ریاست دانشگاه بعد از اثبات این موضوع نسبت به ابطال درجه اقدام نموده و مراتب را به اطلاع کمیته دانشگاهی و کشوری می رساند. کمیته دانشگاهی موظف است در اسرع وقت نسبت به بازبینی نقشه سطح بندی منطقه و رفع مشکلات احتمالی اقدام نماید.
۵. مرکز مورد نظر جهت اخذ درجه موظف به طی مراحل کسب درجه از ابتدای آن میباشد.

ارتقای مستمر کیفیت

۱. ارتقای مستمر کیفیت "یک رویکرد مدیریتی است بر محور کیفیت؛ مبتنی بر مشارکت همه کارکنان، با هدف دستیابی به موفقیت دراز مدت از طریق کسب رضایت مراجعین و تامین منافع همه اعضای سازمان و جامعه. یک رویکرد سازمان شمول است که هر فردی از اعضای سازمان در آن مشارکت دارد. بطور خلاصه، عبارت است از همکاری هر عضوی از سازمان برای ارائه خدمت که مطابق با نیازهای مراجعین، دانشجویان و کارکنان است"^{۲۳}
۲. شاخص های سنجش کیفیت باید همه ابعاد خدمات را در بر بگیرد:
 - مناسب بودن نوع خدمت
 - دسترسی
 - تداوم خدمات
 - مؤثر بودن خدمت
 - کارایی
 - بازدهی
 - احترام و توجه
 - ایمنی
 - بموقع بودن زمان ارائه خدمت
۳. مدیریت مستمر کیفیت خدمات آموزشی و درمانی ارائه شده بر محور نتایج کار و داده های جمع آوری شده در هر یک از مراکز مبتنی است.
۴. با توجه به اینکه وضعیت هر مرکز و هر منطقه تابع شرایط اقلیمی، اقتصادی، بهداشتی و اجتماعی همان محل است، مدیریت بر مبنای داده های محلی، امکان انتخاب مناسبترین راه حل را به مسئولین می دهد.
۵. انتخاب صحیح شاخص های جمع آوری اطلاعات برای شناخت هرچه دقیقتر مشکلات اهمیت خاص دارد:

در ابتدا، کمیته کشوری پری ناتال با همکاری کمیته کشوری ارتقای کیفیت و انجمن علمی پری ناتالوژی، شاخص های مناسب جهت ارزیابی هر چه کاملتر کارائی مراکز را مشخص میکند؛ و سپس بر حسب نتایج، به نیاز های مراکز مناطق مختلف، توسط کمیته پری ناتال منطقه تطبیق داده می شود.
۶. برای انجام هر چه دقیق تر این نوع نظارت، آشنائی هر چه بیشتر مدیران به اصول این نوع مدیریت از یک طرف و از طرف دیگر، استفاده از نظر کارشناسان و خبرگان در این زمینه، حین تصمیمگیری ها ضروریست.
۷. آمار جمع آوری شده باید، جهت تصمیم گیری، در سطوح مختلف استفاده شود:
 - در سطح مدیریت همان مرکز برای رفع مشکلات آن مرکز.
 - در سطح مرکز مدیریت پری ناتال برای کنترل کارکرد مراکز و پاسخگوئی به نیاز های منطقه.

^{۲۳} دکتر ابو الفتح لامعی، "مبانی مدیریت کیفیت"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۰

- در سطح کمیته منطقه ای پری ناتال برای کنترل کارکرد مناطق وانجام هماهنگی های لازم جهت حل مسائل.
 - در سطح وزارت بهداشت جهت شناخت نقاط ضعف و تطبیق برنامه های کشوری به نیاز جامعه.
۸. کمیته کشوری پری ناتال، اصول و قوائد "برنامه سطح بندی ارائه خدمات پری ناتال" را، بر اساس یافته ها و نتایج بدست آمده بطور دوره ای بررسی می کند.
۹. بر حسب نتایج و یافته ها، کمیته کشوری با همکاری انجمن علمی پری ناتال، حد اقل هر پنج سال یکبار باید "برنامه سطح بندی ارائه خدمات پری ناتال" را روزآمد کند.

سیستم جمع آوری اطلاعات: (Data collection):

- با توجه به اینکه مدیریت به روش "ارتقای مستمر کیفیت" بر پایه نتایج و اطلاعات جمع آوری شده انجام می شود، نظام جمع آوری داده ها باید بروی یک محور استاندارد انجام پذیرد.
۱. برنامه ریزی جهت گردآوری و ثبت داده ها و استفاده از شبکه اینترنت برای دسترسی بهتر به اطلاعات مناسب ترین روش شناخته شده است.
 ۲. امکان دسترسی به شبکه رایانه ای به درمانگران مراکز مختلف امکان تکمیل و استفاده از اطلاعات مربوط به سلامت هر بیمار را نیز می دهد و باعث بهبود کیفیت پیگیری نیز می شود.
 ۳. برنامه مورد استفاده برای گردآوری مطالب نظیر EXEL (microsoft) یا SPSS انتخاب می شود.
 ۴. بهتر است که تدریجاً، کلیه مراکز به رایانه مجهز شوند. تا زمان تجهیز کلیه مراکز و آماده شدن شبکه رایانه در کشور، ارسال گزارشات و آمار از طریق معمول امکان پذیر است.

اطلاعات جمع آوری شده توسط سیستم گزارش رسانی پری ناتال

نام نوزاد :	(۷۹) ناهنجاری های متعدد مادر زادی نوزاد
نام خانوادگی نوزاد:	(۸۰) آنسفالی
نام دیگر نوزاد (غیر نام شناسنامه ای) :	(۸۱) سپینا بیفیدا / میلو مننگوسل
تاریخ تولد نوزاد (روز / ماه / سال) :	(۸۲) هیدروسفالی
ساعت تولد نوزاد :	(۸۳) میکروسفالی
جنسیت نوزاد :	(۸۴) دیگر ناهنجاری های سیستم عصبی مرکزی. نام ببرید:
a) مونث	(۸۵) ناهنجاری های قلبی-عروقی مادر زادی . نام ببرید:
b) مذکر	(۸۶) ناهنجاری های دستگاه تنفسی مادرزادی . نام ببرید:
c) نامعلوم	(۸۷) آترزی / ستروز مقعد
شماره شناسنامه :	(۸۸) آترزی نای / فیستول نای مری
محل صدور	(۸۹) امفالوسل / گاستروشیزیس
تاریخ صدور	(۹۰) دیگر ناهنجاری های دستگاه گوارش. نام ببرید:
محل تولد:	(۹۱) ناهنجاری های ژنتالیا. نام ببرید:
نام و نشانی زایشگاه :	(۹۲) جنسیت نامعلوم (ambigus genitalia)
شهر تولد:	(۹۳) کریپت اورکیدی
کشور محل تولد :	(۹۴) هیپو سپادیاس
نام مادر:	(۹۵) آژنزی کلیه ها
نام خانوادگی مادر:	(۹۶) دیگر ناهنجاری های دستگاه اورو ژنیتال
نام پدرمادر:	(۹۷) شکاف کام / شکاف لب
ملیت مادر:	(۹۸) پولی داکتیلی / اداکتیلی / سین داکتیلی
i) ایرانی	(۹۹) club foot پا چنبری
ii) دیگر:	(۱۰۰) فتق دیافرگم

(۱۰۱) دیگر ناهنجاری ها و بیماری های عصبی-عضلانی:	(iii)
(۱۰۲) سندرم داوون	(۱۸) شماره شناسنامه مادر:
(۱۰۳) دیگر بیماری های کروموزومی . نام ببرید:	(۱۹) محل صدور:
(۱۰۴) دیگر ناهنجاری ها . نام ببرید :	(۲۰) نژاد مادر:
(۱۰۵) ناهنجاری قابل تشخیص مشاهده شده	مشخص کنید:
(۱۰۶) ترانسفوزیون	(۲۱) تاریخ تولد مادر (روز / ماه / سال)
۱. خون کامل	(۲۲) محل تولد مادر :
۲. پلاسما	(۲۳) شماره تلفن (تماس) :
۳. پلاکت	(۲۴) نشانی محل اقامت مادر:
۴. گلوبول سرخ فشرده	(i) نام شهر
۵. ایمن گلوبولین غیر اختصاصی	(ii) محله
○ وریدی	(iii) خیابان / کوچه
○ عضلانی	(iv) پلاک
۶. ایمن گلوبولین اختصاصی نام ببرید:	(v) طبقه:
۷. غیره نام ببرید	(vi) کد پستی:
۸. تعویض خون دو حجمی با	(۲۵) زبان مادر:
(۱۰۷) بیهوشی	فارسی صحبت می کند :
۱. عمومی	۱. بله
۲. ناحیه ای (regional)	۲. خیر
۳. موضعی (local)	۳. زبان دیگر:
(۱۰۸) کاتتریسیم شریانی بند ناف انجام شد؟	(۲۶) سطح تحصیلات مادر :
۱۰۸,۱ بله	۱. خواندن و نوشتن می داند
۱۰۸,۲ خیر	۲. مدرک ابتدائی
(۱۰۹) کوچک برای سن جنینی (SGA)	۳. مدرک راهنمایی
(۱۱۰) عفونت داخل رحمی (باکتریال و غیره). نام ببرید	۴. دیپلم دبیرستان
(۱۱۱) عفونت با ابتلای حین زایمان نام ببرید:	۵. تحصیلات عالی
(۱۱۲) عفونت با ابتلای بعد زایمان . نام ببرید:	۶. خواندن و نوشتن نمی داند

۲۷) شغل مادر :	۱۱۳) ابتلا به عفونت های مربوط به بارداری :
۲۵,۱ خانه دار	۱. آمنیوتایتیس قبل زایمان / کوریو آمنیوتیت
۲۵,۲ محصل	۲. عفونت ادراری
۲۵,۳ دانشجو	۳. اندومتريت بعد زایمان
۲۵,۴ کارگر	۴. عفونت بخیه مادر
۲۵,۵ کشاورز	۱۱۴) ابتلا به بیماری های عفونی بدون ارتباط با بارداری:
۲۵,۶ کارمند	۱. هپاتیت بی :انتي ژن سطحی مثبت
۲۵,۷ آزاد	۲. سرخچه
۲۸) نشانی محل کار مادر :	۳. گونوکوک
۲۹) آیا مادر حین بارداری کار می کرده است؟	۴. سیفیلیس
۱ بله	۵. ایدز
۲ خیر	۱۱۵) نوزاد مشکوک به عفونت باکتریال
۳ ذکر نشده	۱۱۶) بیماری همولیتیک نوزاد
۳۰) وضعیت تاهل مادر	۱. ناسازگاری ار هاش
۲۷,۱ متاهل	۲. ناسازگاری ABO
۲۷,۲ مطلقه	۳. کمبود G6PD
۲۷,۳ بیوه	۴. علت دیگر .نام ببرید :
۲۷,۴ نامعلوم	۱۱۷) مسمومیت داروئی / سندرم محرومیت داروئی:
۳۱) نام پدر	۱۱۸) بالا ترین حد بیلی روبین
۳۲) نام خانوادگی پدر	۱. توتال :
۳۳) شهرت پدر	۲. غیر مستقیم:
۳۴) ملیت پدر	۱۱۹) بستری در بخش " تحت نظر "
۱. ایرانی	۱۲۰) بستری در بخش نوزاد بیمار
۲. افغانی	۱۲۱) بستری در بخش مراقبت های ویژه
۳. غیره ، مشخص کنید:	۱۲۲) مادر طی بارداری بستری شده است؟
۳۵) تاریخ تولد پدر (روز / ماه / سال) :	۱. بله
۳۶) محل تولد :	۲. نه

(۳۷) شماره شناسنامه :	(۱۲۳) زایمان ناگهانی
(۳۸) محل صدور:	(۱۲۴) زایمان برنامه ریزی شده
(۳۹) نشانی پدر اگر از نشانی مادر متفاوت است	(۱۲۵) مصرف مواد مخدر حین بارداری
• کد پستی	۱. تریاک
• شهر	۲. هروئین
• محله	۳. غیره : نام ببرید:
• کوچه	۴. ذکر نشده
• پلاک	۵. در پرونده ثبت نشده
(۴۰) شماره تلفن:	۶. سابقه مصرف ندارد
(۴۱) تلفن سیار :	(۱۲۶) تجویز خون به مادر
(۴۲) شغل پدر :	(۱۲۷) آزمایشات رد یابی دوره بارداری :
۱,۳۶ جویای کار	۱. رد یابی دیابت بارداری
۳۶,۲ دانشجوی	۲. ناهنجاری های مادرزادی
۳۶,۳ کارگر	○ آلفا فتو پروتئین
۳۶,۴ کشاورز	○ کروموزوم
۳۶,۵ کارمند	○ غیره. نام ببرید:
۳۶,۶ آزاد	(۱۲۸) سونوگرافی طی بارداری :
۳۶,۷ غیره، ذکر کنید:	۱. بله
(۴۳) محل کار پدر:	۲. خیر
(۴۴) نشانی	۳. گزارش نشده
(۴۵) شماره تلفن :	(۱۲۹) Chorionic Villus Sampling
(۴۶) سطح تحصیلات پدر :	(۱۳۰) انتقال مادر قبل از زایمان کد
(۴۷) آیا نوزاد از بیمه استفاده می کنند؟	(۱۳۱) انتقال مادر بعد زایمان کد:
۴۰,۱ بله	(۱۳۲) انتقال نوزاد کد:
۴۰,۲ خیر	(۱۳۳) مشاوره با سطوح بالا :
(۴۸) نوع بیمه پدر :	۱. بله
(۴۹) نوع بیمه مادر :	۲. نه
(۵۰) نوع بیمه نوزاد :	۳. در پرونده درج نشده
(۵۱) سابقه پزشکی مادر :	(۱۳۴) نشانی و نتایج مشاوره :

۱.	۵۲) رتبه حاملگی فعلی مادر:
۲.	۵۳) رتبه زایمان فعلی مادر :
۳.	۵۴) تعداد فرزندان زنده :
۴.	۵۵) تعداد فرزندان مرده:
۵.	۵۶) شرح حاملگی مادر :
۶.	۵۷) حاملگی چند قلوئی
۷.	۱. بله، رتبه تولد این نوزاد را ذکر کنید
۱۳۵) فوت مادر	۲. نه
۱۳۶) فوت جنین (fetal)	۵۸) تاریخ زایمان قبلی :
۱۳۷) فوت نوزاد	۵۹) تاریخ سقط قبلی
۱۳۸) حاملگی خارج از رحم	۶۰) تاریخ شروع آخرین عادت ماهانه : (LMP)
۱۳۹) تاریخ بستری مادر (طی بارداری و زایمان)	۶۱) تاریخ اولین معاینه دوره بارداری (روز/ ماه / سال):
۱. (روز/ماه/سال)	۶۲) تعداد معاینات دوره بارداری (روز/ ماه / سال):
۲. (روز/ماه/سال)	۶۳) آپگار دقیقه یک :
۳. (روز/ماه/سال)	۶۴) آپگار دقیقه پنج :
۱۴۰) تاریخ ترخیص مادر	۶۵) تخمین سن جنینی نوزاد:
۱. (روز/ماه/سال)	۶۶) آیا مادر جهت زایمان انتقال داده شد؟
۲. (روز/ماه/سال)	۱. بله
۳. (روز/ماه/سال)	۲. نه
۱۴۱) تاریخ بستری نوزاد	نام و نشانی زایشگاه مورد ارجاع
۱. (روز/ماه/سال)	۶۷) آیا نوزاد بعد از زایمان انتقال داده شد؟
۲. (روز/ماه/سال)	۱. بله
۳. (روز/ماه/سال)	۲. نه
۱۴۲) تاریخ ترخیص نوزاد	نام و نشانی زایشگاه مورد:
۱. (روز/ماه/سال)	۶۸) گزارش مرکز ارجاع دهنده :
۲. (روز/ماه/سال)	۶۹) گزارش مرکز تحویل گیرنده:
۳. (روز/ماه/سال)	۷۰) سابقه اعتیاد دوره بارداری
۱۴۳) نوع پرداخت :	۱. ذکر نمی شود
۱. آزاد	۲. پرسیده نشده است
۲. تامین اجتماعی	۳. سیگار

۴. داروئی (بدون تجویز پزشک)	۳. خدمات درمانی
۵. احتمال مصرف مواد مخدر	۴. روستائی
۶. غیره : توضیح دهید	۵. تکمیلی
۷۱) افزایش وزن حین بارداری	۱۴۴) آیا مراقبت های حین بارداری ثبت شده اند و در دسترس هستند؟
۷۲،۱ بله	۱۴۳،۱ بله
۷۲،۲ نه	۱۴۳،۲ اخیر
۷۲،۳ ذکر نشده	۱۴۵) شماره پرونده مادر :
۷۲،۴ مقدار به کیلو ذکر نشده	۱۴۶) تشخیص بیماری های زمینه ای و بارداری و بعد زایمان مادر (حد اکثر ۸ تشخیص):
۷۲) خطر های پزشکی دوران بارداری :	۱.
۱. کم خونی	۲.
۲. بیماری قلبی مادر	۳.
۳. بیماری مزمن تنفسی	۴.
۴. دیابت	۵.
۵. هرپس ژنیتال	۶.
۶. اولیگو هیدر آمنیوس	۷.
۷. پولی هیدرآمنیوس	۸.
۸. تالاسمی یا دیگر هموگوبینوپاتی	۱۴۷) تشخیص بیماری های نوزاد (با ذکر ناهنجاری ها در صورت وجود) حد اکثر ۸ مورد:
۹. افزایش مزمن فشار خون	۱.
۱۰. افزایش فشار خون وابسته به بارداری	۲.
۱۱. اکلامپسی	۳.
۱۲. نارسائی دهانه رحم	۴.
۱۳. سابقه ماکروزومی	۵.
۱۴. سابقه زایمان نوزاد نارس یا کم وزن	۶.
۱۵. بیماری کلیوی	۷.
۱۶. ناسازگاری ار هاش	۸.
۱۷. خون ریزی ژنیتال	۱۴۸) محل مراجعه بعد ترخیص نوزاد:
۱۸.	۱. منزل

۱۹. سابقه نازائی	۲. بیمکارستان دیگر
۲۰. غیره : نام ببرید	۳. غیره : مشخص کنید:
۲۱. بدون سابقه خطر	۱۴۹) شماره پرونده نوزاد
۷۳) مشخصات این بارداری :	۱۵۰) شماره شناسائی نوزاد
۱. خود بخودی	۱۵۱) پیگیری توسط
۲. با درمان دارویی	۱. چشم پزشکی
۳. با دونور اسپرم	۲. توانبخشی
۴. با دونور اوو سل	۳. مرکز بهداشت
۵. غیره نام ببرید :	۴. پزشک معالج خانوادگی: نام و نام خانوادگی
۷۴) اقدامات تشخیصی درمانی حین بارداری :	نشانی و شماره تلفن
۱. آمنیو سنتز	۱۵۲) تغذیه بعد ترخیص
۲. مانیتورینگ الکترونیک جنین	۱. شیر خشک رژیمی
۳. سونو گرافی	۲. شیر مادر
۴. ایداکشن:	۳. شیشه
۱. اکسیتوسین	۴. لوله معدی
۲. غیره	۵. دفعات
۵. کورتیکو تراپی پیشگیری از نارسایی ریه نوزاد	۶. مقدار
۱. نوع دارو :	۱۵۳) دارو های هنگام ترخیص :
۲. دفعات تجویز:	۱۵۴) درمان های دیگر :
۳. تاریخ تجویز دوز آخر:	۱.
۷۵) عوارض لیبر و / یا زایمان	۲.
۱. تب	۳.
۲. مایع مکنونیال	۱۵۵) وزن نوزاد هنگام ترخیص :
۳. پارگی زود رس غشاء هیالین :	۱۵۶) قد نوزاد هنگام ترخیص:
۴. چند ساعت قبلاز زایمان؟	۱۵۷) دور سر نوزاد هنگام ترخیص:
۵. Placenta abruptio	۱۵۸) اقدامات دیگر
۶. Placenta praevia	۱۵۹) نام و نشانی و شماره تلفن یکی از بستگان :
۷. علل دیگر خونریزی ژنیتال مادر	۱۶۰) نام و نشانی و شماره تلفن یکی دیگر از بستگان
۸. تشنج حین زایمان	۱۶۱) نام پزشک معالج مسئول در مرکز سمت:

Gravida Para F_P_A_L_ مادر (۱۶۲)	Precipitous labor ۹
(۱۶۳) بیماری در خواهر ف برادر های دیگر:	۱۰. زایمان طول کشیده
Congenital Syphilis ۱	Dysfunctional labour ۱۱
Hypothyroidism ۲	۱۲. بریچ / وضعیت غیر طبیعی جنین
Adrenogenital Syndrome ۳	۱۳. عدم تناسب سر جنین با استخوان باسن مادر
Inborn Errors of Metabolism ۴	۱۴. پرولاپس بند ناف
Cystic Fibrosis ۵	۱۵. عوارض بیهوشی
Immune Deficiency Disorder ۶	۱۶. دیسترس جنین
Leukemia ۷	۱۷. غیره ، نام برید :
Constitutional Aplastic Anemia ۸	۱۸. بدون عارضه
Neurofibromatosis ۹	(۷۶) روش زایمان :
Coagulation Defects ۱۰	۷۷,۱ خودبخودی و طبیعی
Chorioretinitis ۱۱	۷۷,۲ فورسپس (mid / low)
Intrauterine Growth Retardation ۱۲	۷۷,۳ واکيوم
Endocardial Fibroelastosis ۱۳	۷۷,۴ بریچ واژینال
Cerebral Lipidoses ۱۴	۷۷,۵ اولین سزارین
Retinopathy of prematurity ۱۵	۷۷,۶ سزارین تکراری
Occlusion of Cerebral Arteries ۱۶	۷۷,۷ واژینال ولی سابقه سزارین
امضاء	۷۷,۸ نوع دیگر : نام برید
تاریخ تکمیل فرم	۷۷,۹ گزارش نشده
	(۷۸) شرایط غیر طبیعی نوزاد
	۷۸,۱ آنمی
	۷۸,۲ صدمات زایمانی
	۷۸,۳ سندرم محرومیت
	۷۸,۴ بیماری غشاء هیالین
	۷۸,۵ آسپیراسیون مکونیوم
	۷۸,۶ تنفس مصنوعی کمتر یا برابر ۳۰ دقیقه
	۷۸,۷ تنفس مصنوعی بیشتر از سی دقیقه

	تشنج ۷۸,۸
	دیگر مسائل نام ببرید: ۷۸,۹
	شرایط طبیعی نوزاد ۷۸,۱۰

دارو های هنگام ترخیص			
مدت درمان	مقدار	دفعات	نام دارو(نوع دارو)
			-۱
			-۲
			-۳
			-۴
			-۵
			-۶

جدول شماره ۱

نتیجه	نوزاد	نتیجه	مادر
	الف		الف
	ب		ب
	ج		ج

مقدمه:

وزن هنگام تولد مهم ترین عامل تعیین کننده ی میزان سلامت نوزادان است و گزینه ای پُراهمیت در تکامل بعدی شیرخواران و کودکان محسوب می شود. شیوع نوزادان متولد شده با وزن کم در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه یافته است و وزن زمان تولد رابطه مستقیم با سلامتی مادر، سطوح بهداشت کشور و به خصوص بهداشت مادران دارد.

احتمال وقوع فوت در نوزادان کم وزن به مراتب بیش از نوزادان با وزن طبیعی است که یک رابطه معکوس با میزان وزن تولد دارد، یعنی هرچه وزن تولد کمتر، شانس مرگ و میر بیشتر است. متأسفانه نوزادان کم وزن در معرض عوارض متعدد عصبی، چشمی، شنوایی و عقب ماندگی ذهنی هستند و ۲ تا ۳ برابر نوزادان با وزن معمولی، دچار آن می شوند و شانس ناهنجاری های مادرزادی و مشکلات تنفسی در این کودکان به مراتب بیشتر است.

اصولاً وزن تولد تحت تاثیر ۲ عامل سن حاملگی (طول دوران حاملگی) و میزان رشد داخل رحمی قرار می گیرد، بنابراین کم وزن متولد شدن یا در نتیجه ی تولد نارس (کوتاه بودن دوران حاملگی) است یا در نتیجه ی عقب افتادگی رشد در داخل رحم و یا مجموعه ای از هر دو عامل است. طبق بررسی های انجام شده نارسی علت عمده ی کم وزنی در کشورهای توسعه یافته است ولی عقب ماندگی رشد داخل رحمی، معضل اصلی کشورهای در حال توسعه است. شرایط اجتماعی، اقتصادی، وضعیت تغذیه ای مادر، وضعیت بهداشتی، محیط، نژاد و حاملگی اول همه از عوامل در ارتباط با تولد یک نوزاد کم وزن است.

فقر فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به طور محسوسی باعث تولد نوزادان کم وزن و زایمان زودرس می شود، چراکه مواردی همچون مصرف سیگار، کم خونی، مراقبت های ناکافی دوران بارداری، عفونت، تغذیه ی ناکافی، افزایش فشارهای جسمانی، کارهای سنگین، حوادث حاملگی همچون فشارخون و ... دست به دست هم داده و سبب تولد نوزاد کم وزن می شود.

با ابلاغ برنامه سطح بندی و سامادهی خدمات مراقبت مادر و نوزاد در سال ۱۳۸۹ و تعیین سطح بیمارستان های ارائه دهنده خدمت به سه سطح در بیمارستانها سطح ۳ بخش های مراقبت ویژه نوزادان توسعه ای بیش از گذشته پیدا نمود و تلاشها به سمتی که دسترسی مادران و نوزادان به سطحی از خدمت که مورد نیازشان می باشد و به تناسب میزان در خطر بودن مداخله متناسب ان صورت گیرد معطوف گردید.

در صد تولد نوزادان زنده با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم در بیمارستان در سال ۱۳۸۹، ۳۸٪ از موارد نوزادان کم وزن زیر ۱۵۰۰ گرم در بیمارستان سطح ۳ بوده است و در سال های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ این درصد به ترتیب ۵۶٫۷٪ و ۶۲٪ می باشد با توجه به این که درصد موالید زنده با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم، ۱٪ است اما ۵۴٪ از آنها فوت نموده اند. بنابراین مراقبت صحیح و مناسب و در زمان قابل قبول می تواند در بقا و سلامت آنها نقش موثر داشته باشد بررسی علت تولد نوزاد کم وزن در بیمارستانهای فاقد امکان نگهداری از نوزادان کم وزن، می تواند در انجام مداخلات موثر و بهبود شرایط دسترسی و استاندارد سازی خدمات موثر واقع گردد.



اداره سلامت مادران

فرم گزارش تولد نوزاد با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم در بیمارستان های فاقد NICU



اداره سلامت نوزادان

دانشگاه علوم پزشکی		شهرستان		بیمارستان			
کد ملی مادر		نام و نام خانوادگی		شماره پرونده بستری			
<p>۱. آیا تقاضای انتقال به بیمارستان سطح ۳ شده است</p> <table border="0"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="radio"/> خیر</p> <p>۳. عدم درخواست انتقال به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> قریب الوقوع بودن زایمان</p> <p><input type="checkbox"/> فاصله زمانی و مشکلات جاده ای تا بیمارستان سطح ۳ و احتمال زایمان کمتر از یک ساعت از زمان مراجعه</p> <p><input type="checkbox"/> نامساعد بودن وضعیت آب و هوا</p> <p><input type="checkbox"/> ناپایداری شرایط بالینی مادر به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی</p> <p><input type="checkbox"/> شوک مادر</p> <p><input type="checkbox"/> پرولابس بند ناف</p> <p><input type="checkbox"/> خونریزی شدید</p> <p><input type="checkbox"/> ناهنجاری کشنده نوزاد و نداشتن قابلیت حیات پس از تولد</p> <p><input type="checkbox"/> سایر</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="radio"/> بلی</p> <p>۲. عدم انتقال به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> نبودن تخت خالی برای مادر در سطوح بالاتر</p> <p><input type="checkbox"/> نبودن تخت خالی برای نوزاد(ان) در سطوح بالاتر</p> <p><input type="checkbox"/> نامناسب بودن وضعیت مالی و هزینه های مربوط به شهر بیمارستان مقصد (خصوصی یا دولتی) و نارضایتی اولیا مادر</p> </td> </tr> </table>						<p><input type="radio"/> خیر</p> <p>۳. عدم درخواست انتقال به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> قریب الوقوع بودن زایمان</p> <p><input type="checkbox"/> فاصله زمانی و مشکلات جاده ای تا بیمارستان سطح ۳ و احتمال زایمان کمتر از یک ساعت از زمان مراجعه</p> <p><input type="checkbox"/> نامساعد بودن وضعیت آب و هوا</p> <p><input type="checkbox"/> ناپایداری شرایط بالینی مادر به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی</p> <p><input type="checkbox"/> شوک مادر</p> <p><input type="checkbox"/> پرولابس بند ناف</p> <p><input type="checkbox"/> خونریزی شدید</p> <p><input type="checkbox"/> ناهنجاری کشنده نوزاد و نداشتن قابلیت حیات پس از تولد</p> <p><input type="checkbox"/> سایر</p>	<p><input type="radio"/> بلی</p> <p>۲. عدم انتقال به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> نبودن تخت خالی برای مادر در سطوح بالاتر</p> <p><input type="checkbox"/> نبودن تخت خالی برای نوزاد(ان) در سطوح بالاتر</p> <p><input type="checkbox"/> نامناسب بودن وضعیت مالی و هزینه های مربوط به شهر بیمارستان مقصد (خصوصی یا دولتی) و نارضایتی اولیا مادر</p>
<p><input type="radio"/> خیر</p> <p>۳. عدم درخواست انتقال به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> قریب الوقوع بودن زایمان</p> <p><input type="checkbox"/> فاصله زمانی و مشکلات جاده ای تا بیمارستان سطح ۳ و احتمال زایمان کمتر از یک ساعت از زمان مراجعه</p> <p><input type="checkbox"/> نامساعد بودن وضعیت آب و هوا</p> <p><input type="checkbox"/> ناپایداری شرایط بالینی مادر به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی</p> <p><input type="checkbox"/> شوک مادر</p> <p><input type="checkbox"/> پرولابس بند ناف</p> <p><input type="checkbox"/> خونریزی شدید</p> <p><input type="checkbox"/> ناهنجاری کشنده نوزاد و نداشتن قابلیت حیات پس از تولد</p> <p><input type="checkbox"/> سایر</p>	<p><input type="radio"/> بلی</p> <p>۲. عدم انتقال به دلیل:</p> <p><input type="checkbox"/> نبودن تخت خالی برای مادر در سطوح بالاتر</p> <p><input type="checkbox"/> نبودن تخت خالی برای نوزاد(ان) در سطوح بالاتر</p> <p><input type="checkbox"/> نامناسب بودن وضعیت مالی و هزینه های مربوط به شهر بیمارستان مقصد (خصوصی یا دولتی) و نارضایتی اولیا مادر</p>						
<p>۴. سرانجام زایمان:</p> <p><input type="radio"/> مرده زایی</p> <p><input type="radio"/> تولد زنده و فوت در اتاق زایمان</p> <p><input type="radio"/> تولد زنده و ترک اتاق زایمان به صورت زنده</p>							
<p>۵. آیا نوزاد پس از تولد به سطح بالاتر انتقال یافت؟</p> <p><input type="radio"/> بلی (مراجعه به سوال ۶)</p> <p><input type="radio"/> خیر (مراجعه به سوال ۸)</p>							
<p>۶. سرانجام انتقال نوزاد:</p> <p><input type="radio"/> فوت در حین انتقال</p> <p><input type="radio"/> زنده رسیدن به بیمارستان مقصد (مراجعه به سوال ۷)</p>							
<p>۷. بیمارستان مقصد انتقال را مشخص نمایید</p> <p>دانشگاه</p> <p>شهرستان</p> <p>بیمارستان</p>							
<p>۸. سرانجام نوزاد را مشخص نمایید:</p> <p><input type="radio"/> ترخیص توسط پزشک</p> <p><input type="radio"/> ترخیص با رضایت شخصی والدین</p>							

روش تکمیل فرم:

فرم گزارش تولد نوزاد با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم در بیمارستان های فاقد NICU با هدف ساماندهی مراقبت از نوزادان کم وزن تهیه گردیده است. و مطابق با شرح زیر در بیمارستان تکمیل می گردد :

محل دریافت اطلاعات: بخش زایمان یا بلوک زایمان / بخش بستری نوزاد

تکمیل کننده : سوپروایزر های بالینی بیمارستان. این فرم برای موارد زایمان نوزادانی که وزن بدو تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم داشته و مرده به دنیا آمده یا در اتاق زایمان می میرند یا زنده از اتاق زایمان خارج می شوند تکمیل می گردد و سپس به معاونت درمان دانشگاه ارسال می گردد.

ردیف اول : نام دانشگاه نام شهرستان و نام بیمارستانی که نوزاد در آن متولد شده است درج می شود

ردیف دوم : مشخصات مادر همراه شماره کدملی با شماره پرونده بستری مادر ثبت می شود

سوال ۱ : در صورتی که تقاضای انتقال و اعزام مادر باردار در معرض خطر و با ریسک تولد نوزاد کم وزن به بیمارستان سطح ۳ دارای بخش مراقبت ویژه نوزادان شده باشد پاسخ بلی و سپس به سوال ۲، در صورت پاسخ خیر به سوال ۳ مراجعه شود

۹. سوال ۲ : در صورت پاسخ بلی به سوال ۱ و تقاضای دلایل عدم انتقال بر اساس موارد زیر ثبت شود:

- " نبودن تخت خالی برای مادر در سطوح بالاتر " در صورتی که بیمارستان سطح سه به دلیل نداشتن تخت خالی برای مادر اعلام پذیرش ننموده است.

- " نبودن تخت خالی برای نوزاد/نوزادان در سطوح بالاتر " : در صورتی که بیمارستان سطح ۳ به دلیل نداشتن تخت خالی در بخش مراقبت ویژه نوزادان اعلام پذیرش نکرده است

- " نامناسب بودن وضعیت مالی و هزینه های مربوط به شهر بیمارستان مقصد (خصوصی یا دولتی) و نارضایتی اولیا مادر " :

۱۰. علیرغم اعلام پذیرش بیمارستان مقصد برای پذیرش خانواده یا اولیا بیمار (شوهر ، سایر بستگان مسئول بیمار) به دلیل عدم تمکن مالی و هزینه های رفت و آمد ویا هزینه های مربوط به بیمارستان بخش خصوصی موافق انتقال نبوده و ممانعت کرده اند

۱۱. تذکر : در این ردیف بر حسب شرایط امکان انتخاب چند علت وجود دارد.

سوال ۳ : در صورت پاسخ خیر در سوال ۱ علت بر حسب موارد زیر مشخص و ثبت گردد (لازم به ذکر است که در این قسمت می توان چند گزینه نیز انتخاب نمود) .

- در صورتی که پزشک معالج متقاضی انتقال مادر نبوده است "عدم درخواست پزشک"
- انجام زایمان در کمتر از یک ساعت از زمان مراجعه " قریب الوقوع بودن زایمان "
- فاصله زمانی تا بیمارستان سطح ۳ و احتمال زایمان کمتر از یک ساعت از زمان مراجعه
- نامساعد بودن وضعیت آب و هوا :

- ناپایداری شرایط بالینی مادر به دلایلی هم چون پراکلامپسی شدید و اکلامپسی ، شوک مادر ،

پرولاپس بند ناف، خونریزی شدید ثبت شود.

- ناهنجاری کشنده نوزاد و نداشتن قابلیت حیات پس از تولد نوزاد
 - در قسمت سایر " موارد دیگری که ممکن است باعث تصمیم گیری برای عدم انتقال بوده است درج شود
۱۲. سوال چهارم : سرانجام زایمان از نظر مرده زایی ، تولد زنده و فوت در اتاق زایمان و تولد زنده و ترک اتاق زایمان به صورت زنده تعیین شود
۱۳. سوال پنجم در صورتی که نوزاد پس از تولد به سطح بالاتر منتقل گردید پاسخ بلی و سپس به سوال شش در
۱۴. در صورت انتخاب پاسخ خیر به سوال هفت مراجعه شود
۱۵. سوال ششم : سرانجام نوزاد در انتقال با دو وضعیت "فوت در حین انتقال " و "زنده رسیدن به بیمارستان مقصد" مشخص می شود
۱۶. سوال هفتم : در صورت انتقال نوزاد به بیمارستان سطح ۳ نام دانشگاه نام شهر محل قرار گیری بیمارستان مقصد و نام بیمارستان درج شود
- سوال هشتم: در صورت عدم انتقال نوزاد و پاسخ خیر به سوال ۳ سرانجام نوزاد با استفاده از گزینه های ترخیص توسط پزشک، ترخیص با رضایت شخصی والدین، مرگ نوزاد مشخص گردد
- تذکر :
- شروع درج اطلاعات این فرم در بخش زایمان می باشد و تا تعیین سرانجام نوزاد خاتمه می یابد بنابراین ممکن است دریافت اطلاعات تا زمان حضور نوزاد در بیمارستان مبدا ادامه یابد
 - تکمیل اطلاعات فرم اختصاص به بیمارستانهای فاقد بخش مراقبت ویژه نوزادان داشته و نیاز به تکمیل اطلاعات نوزادان زیر وزن ۱۵۰۰ گرم در بیمارستان های سطح ۳ دارای بخش مراقبت ویژه نوزادان ندارد.

ضمیمه الف: دستورالعمل بازدید از مراکز بهداشتی درمانی

مستندات مختلف مربوط به وسایل و اطلاعات مرکز (بخش) متقاضی باید قبل از بازدید، توسط آن واحد تکمیل شود و سپس توسط تیم بازدید کننده و در زمان بازدید، بررسی و تأیید گردد.

I. بررسی مستندسازی برنامه

❖ جدید ترین و آخرین برنامه بخش زنان و مامائی با الگوی پرسنلی متناسب با سطح مراقبت:

- مستندات برنامه اطلاع رسانی و آموزشی برای پرسنل مامائی و پرستاری
- مستندات برنامه آموزش مداوم

❖ ثبت فعالیت های بهبود مداوم کیفیت (CQI)

- آخرین دفترچه جامع راهنمای بالینی (پروتوکل ها)
- لیست منابع متناسب

II. بررسی عملکرد پرسنل

- مرور پرونده بیماران توسط تیم بازدید کننده
- بحث با پرسنل در مورد یک بیمار که به طور تصادفی توسط تیم بازدیدکننده انتخاب شده است.

III. پیشنهادات:

سرپرست گروه بازدید کننده

عنوان

ضمیمه ب: اطلاعات روشن کننده نتایج درمانی

دانشگاه: بیمارستان: شهر:

مرکز پری ناتال: تاریخ بازدید:

سطح مورد تقاضا: سطح یک سطح دو سطح سه مرکز پری ناتال

اعضای تیم بازدید کننده (با ذکر عنوان و مرکز تابعه)

شماره	نام و نام خانوادگی	عنوان	مرکز تابعه

لطفا از اطلاعات سه سال گذشته استفاده شود: سال سال سال

اطلاعات مامائی:	
.....	تخت های مراقبت قبل از تولد
.....	تخت های زایمان و درد
.....	تعداد تخت های اتاق زایمان و سزارین
.....	تعداد تخت های مراقبت ویژه
.....	تعداد تختهای بعد از زایمان
.....	
.....	تعداد کل زایمان
.....	خود بخودی
.....	فورسپس
.....	واکیوم
.....	در صد سزارین اول زا
.....	در صد سزارین تکراری
.....	تعداد زایمان های طبیعی بعد از سزارین قبلی (موارد موفق)
.....	درصد اینداکشن
.....	در صد augmentation

نتایج درمانی پذیرش های مامائی با مشکلات زیر		
.....	تعداد پذیرش مادر	دیابت
.....	تعداد انتقال دادن برای زایمان	
.....	تعداد بدون زایمان مرخص شده	
.....	تعداد مرگ نوزاد	
.....	تعداد مرگ جنین	
.....	تعداد انتقال نوزاد به سطح بالا تر	
.....	تعداد پذیرش مادر	فشارخون مزم
.....	تعداد انتقال دادن برای زایمان	
.....	تعداد بدون زایمان مرخص شده	
.....	تعداد مرگ نوزاد	
.....	تعداد مرگ جنین	
.....	تعداد انتقال نوزاد به سطح بالا تر	

اطلاعات نوزادان:		
.....	نوزاد سالم (بخش همراه مادر)	تعداد تخت های نوزادان
.....	تحت نظر	
.....	مراقبت متوسط (بخش مراقبت تخصصی نوزادان)	
.....	بخش مراقبت ویژه نوزادان	تعداد متوسط بستری در هر روز
.....	نوزاد سالم (بخش همراه مادر)	
.....	تحت نظر	
.....	مراقبت متوسط (بخش مراقبت تخصصی نوزادان)	
.....	بخش مراقبت ویژه نوزادان	

اطلاعات مربوط به مرگ جنین:	
تعداد	اطلاعات مربوط به وزن تولد:
.....	کمتر از ۵۰۰ گرم
.....	۵۰۱-۷۵۰ گرم
.....	۷۵۱-۱۰۰۰ گرم
.....	۱۰۰۱-۱۲۵۰ گرم
.....	۱۲۵۱-۱۵۰۰ گرم

شیوع عوارض نوزادی	
.....	NEC
.....	PVL
.....	RDS
.....	MAS
.....	PPNH
.....	BPD
.....	SEPSIS
.....	ROP
.....	جراحی
.....	تشنج
.....	آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷
.....	IVH I & II
.....	IVH III & IV

اطلاعات مربوط به نتایج درمانی (OUTCOME)	
.....	تعداد مرگ مادر (برای هر مرگ مادر پرونده بیمار و صورت جلسات مرتبط به نشست های پیرامون آن ضمیمه شود)
.....	میزان مرگ نوزاد (مرگ نوزاد در هر هزار تولد زنده) (تمام موارد مرگ نوزاد، علی ر غم آنکه محل مرگ در بیمارستان دیگری باشد، باید توسط بیمارستان محل تولد ثبت شود و در آمار منظورگردد. و همچنین نوزادان متولد شده در بخش اورژانس ، باید در سیستم ثبت بیمارستان محل تولد وارد شوند.)
.....	میزان مرگ پریناتال (مرگ جنین با سن حاملگی ۲۲ الی ترم بعلاوه مرگ نوزاد تا سن ۲۸ روزگی در هر هزار تولد زنده)

اسامی پرسنل و عناوین مربوط به روساء (شرح حال ، سوابق و خدمات):

برد فوق تخصصی		برد تخصصی		تمام وقت		نام و نام خانوادگی	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی		
							طب مادر و جنین
							طب نوزادان
							زنان و مائائی
							پزشک عمومی
							متخصص اطفال

							بیہوشی
							جراحی
							اطفال
							جراحی
							اعصاب
							رادیولوژی
							کودکان
							قلب اطفال
							بیہوشی
							اطفال
							چشم
							پزشکی
							کلیہ اطفال
							غدد اطفال
							ژنتیک
							پزشکی
							ارتوپدی
							اطفال
							گوش،
							حلق، بینی

							هماتولوژی
							اطفال
							گوارش
							کودکان
							بیهوشی
							مامائی

برنامه دسترسی به پرسنل:				
مقیم ۲۴ ساعته		On call		
خیر	بله	خیر	بله	
				زنان و مامائی
				نوزادان
				بیهوشی مامائی
				طب جنین / مادر

گروه پرستاری (اسامی و عناوین و مدارک تحصیلی های پرسنل ضمیمه شود . شرح سوابق سرپرستاران ضمیمه شود):	
	سر پرستاری بخش زنان
	سر پرستاری بخش نوزادان
	مدیر پرستاری بخش نوزادان بیمار
	مدیر پرستاری NICU
	کارشناس پرستاری (همه لیست شوند)
	کارشناس مامائی (همه لیست شوند)
	نسبت متخصص به پرستار دوره دیده
	هماهنگ کننده انتقال مادر / نوزاد
	پرسنل بهداشتی وابسته
	رئیس پرسنل رادیولوژی
	مدیر پرسنل تنفس درمانی ^{۲۴}
	رئیس پرسنل بخش ژنتیک

	لیسانس مددکاری
	لیسانس تغذیه
	مدیر پرسنل آزمایشگاه
	هماهنگ کننده مراقبت خانواده
	مدیر پرسنل داروسازی

آمار انتقال	
در سال
تعداد انتقال مادران	تعداد کلی
	به بیمارستان از بیمارستان دیگر
	به خارج از بیمارستان
	داخل دانشگاهی
	خارج دانشگاهی
تعداد انتقال نوزادان	تعداد کلی
	به بیمارستان از بیمارستان دیگر
	به خارج از بیمارستان
	داخل دانشگاهی
	خارج دانشگاهی
	تعداد نوزادان با وزن برابر یا کمتر از ۱۲۵۰ گرم ، متولد در داخل مرکز که به مرکز دیگر انتقال یافته اند.

اطلاعات انتقال (لطفاً اطلاعات مورد درخواست این قسمت را ضمیمه کنید)

عواملی که منجر به انتقال شده اند به تعداد و درصد هر علت (فقط در سال آخر)	مادری
بیمارستانی که مادر به آن منتقل شده به تعداد و درصد هر بیمارستان (فقط در سال آخر)	
تعداد مادرانی که از انتقال آنها امتناع شده و علت امتناع به تعداد و درصد هر علت امتناع	
عواملی که منجر به انتقال نوزاد شده است را فهرست کنید. به تعداد و درصد هر علت (فقط در سال آخر)	نوزادی
دیسترس تنفسی	
آسفیکسی/تشنج	
نارسی شدید	
مشکلات جراحی	
سایر موارد	
بیمارستان هایی که نوزاد به آن منتقل شده است را فهرست کنید. به تعداد و درصد هر بیمارستان (فقط در سال آخر)	
تعداد نوزادانی که از انتقال آنها امتناع شده است	
علت امتناع از انتقال نوزاد به سطوح دیگر به تعداد و درصد هر علت امتناع	
عدم موافقت والدین برای انتقال نوزاد	
عدم وجود تخت در سطوح بالاتر	
عدم وجود امکانات و تجهیزات لازم	

بیهوشی	
آیا بیهوشی مقیم ۲۴ ساعته است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
در صورت اقامت ۲۴ ساعته بیهوشی در بیمارستان عنوان این فرد کدام است؟	<input type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> تکنسین
اگر بیهوشی ON CALL است ساعات پاسخگوئی؟
محل انجام سزارین	<input type="checkbox"/> اتاق عمل جراحی <input type="checkbox"/> اتاق عمل مخصوص سزارین
طول زمان لازم برای شروع عمل سزارین؟

آموزش:

آیا برنامه آموزشی داخل بیمارستانی وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
توصیف خلاصه آن/ زمان اجراء / شرکت کنندگان	
آیا برنامه مدون آموزشی برای احیای نوزاد و مانیتورینگ جنین وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
توصیف خلاصه آن/ زمان اجراء / شرکت کنندگان	
تدوین بازبینی سزارین C/S REVIEW	

برنامه پیگیری تکامل
توصیف خلاصه برنامه پیگیری تکاملی بیمارستان نام مدیر آن طول مدت متوسط پیگیری
توضیح در مورد برنامه مداخله زود رس همه جانبه و نحوه پیگیری بعد ترخیص و برنامه پیگیری تکاملی و نحوه اجرای عملی آنها با هم.

برنامه بهبود مداوم کیفیت
توضیح خلاصه برنامه فعالیت های CQI مربوط به طب مادر جنین نوزاد

مراکز پری ناتل
فعالیت های مدون آموزش برای بیمارستان شبکه و سازمان های سلامت جامعه که تحت نظر آن مرکز قرار دارند.
برنامه مدون مورتالیتی و موربیدیتی در بیمارستان های شبکه
برنامه بهبود مداوم کیفیت برای شبکه

مستندات ضمیمه ج: چک لیست ارزیابی (نیروی انسانی، تجهیزات و خدمات پاراکلینیک) بیمارستانهای ارائه دهنده خدمات مادر و نوزاد

الف: نیروی انسانی

موضوع	تعداد	توضیحات
	رسمی	طرحی
	قراردادی	
فوق تخصص نوزادان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
دستیار فوق تخصصی نوزادان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص کودکان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
فوق تخصص پری ناتولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص زنان و زایمان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص بیهوشی		مقیم
فوق تخصص جراحی کودکان		جهت انجام مشاوره فوری در صورت نیاز
فوق تخصص قلب کودکان		//
متخصص ارتوپدی		//
متخصص گوش و حلق و بینی		//
متخصص جراحی اعصاب		//
متخصص بیماریهای ریوی		//
متخصص بیماریهای پوست		//
متخصص چشم		//
فوق تخصص اعصاب کودکان		//
متخصص عفونی		//
متخصص اورولوژی		//
روانپزشک		//
متخصص رادیولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند
متخصص کودکان		حضور ۲۴ ساعته جهت مراقبت از کودک بدحال
متخصص زنان		حضور ۲۴ ساعته جهت مراقبت از مادر بدحال
متخصص پاتولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند
پزشک عمومی		

				مددکار اجتماعی
				* تیم احیاء
در هر زایمان حضور حداقل یک نفر جهت انجام عملیات احیاء در صورت لزوم				فرد ماهر در عملیات احیاء در هر زایمان
				ماما
				پرستار
				کارشناس تغذیه آشنا به مسائل پری ناتال
				فرد مسئول هماهنگی " برنامه پیگیری شیرخواران پرخطر "
				بهبیار
				بیماربر
برای رفع مشکلاتی از قبیل: قطع برق، قطع اکسیژن و ...				دسترسی تمام وقت به نیروهای سیستم پشتیبانی تکنیک (تاسیسات)
				نیروی خدماتی

* تیم احیاء : پزشک، پرستار، ماما و تکنسین بیهوشی

موضوع	نسبت ماما/پرستار به بیمار (تخت)	توضیحات
اتاق درد- القای زایمان		
اتاق بعد از زایمان		
رومینگ این		
نوزاد تحت نظر		

ب) چک لیست تجهیزات و ملزومات

(منظور تجهیزات و ملزوماتی است که در حال حاضر فعال و یا با تعمیرات جزئی قابل استفاده می باشد.)

ب/۱- زنان

توضیحات	تعداد	الف) صورت تجهیزات و ملزومات اتاق زایمان:
		تخت زایمان
		ست زایمان
		ست اپیزیوتومی
		واکیوم
		گرمای تابشی (وارمر) برای نوزاد
		وسایل احیاء مادر
		ترازوی نوزاد
		ب) تجهیزات اتاق عمل:
		گرم کننده تابشی برای نوزاد
		تخت احیا برای نوزاد
		ست سزارین
		وسایل احیاء نوزاد
		ج) دیگر ملزومات:
		میکروسکوپ و دیگر ملزومات برای انجام تست فرن (یا نیتراژین تست)
		ست تزریق خون
		دستگاه سونوکید
		دستگاه سونوگرافی
		دستگاه رادیولوژی پرتابل

		مانیتورینگ خارجی جنین با امکان ارزیابی جنین (NST ^{۲۵} .BPP ^{۲۶} OCT ^{۲۷})
		گاز nitrous oxide برای زایمان بی درد
		دستگاه اولتراسوند داپلر-velocimetry
		تجهیزات لازم برای آمنیوستنز
		تجهیزات نمونه گیری از ویلوزیته کوریون (CVS)
		تجهیزات انجام PUBS ، نمونه گیری از بند ناف در حین بارداری
		تجهیزات برای انجام مداخلات درمانی داخل رحمی (جنین درمانی)
		تجهیزات برای ترانسفوزیون جنین و تزریق دارو به جنین
		بخش مراقبت ویژه طبق تجهیزات استاندارد بخش مراقبتهای ویژه بزرگسالان
		تجهیزات برای کوتریزاسیون بای پولار بند ناف در TTS

۲/ب- نوزادان

چک لیست تجهیزات و ملزومات نوزادان

موضوع	تعداد	توضیحات
کات		
گرمای تابشی (وارمر)		
انکوباتور		
فتوتراپی عادی		
فتوتراپی شدید ^{۲۸}		
پمپ تزریق معمولی ^{۲۹}		
پمپ تزریق سرنگی ^{۳۰}		
پالس اکسی متر		
لارنگوسکوپ نوزاد		
بگ و ماسک		
هد باکس		
کپسول اکسیژن		

25 - non stress test

26 - biophysical profile

27 - oxitocin challenge test

28 - Intensive phototherapy unit

29 - Infusion pump

30 - syringe infusion pump

		دستگاه ساکشن سیار
		مخلوط کننده هوا- اکسیژن
		فشارخون سنج نوزاد
		مانیتور قلبی تنفسی
		دستگاه تجزیه گازهای خون
		اکسیژن آنالایزر
		ترازوی نوزاد
		ونتیلاتور
		دستگاه NCPAP
		هدهلدر
		پمپ شیردوش برقی
		فتومتر
		گلوکومتر
		یخچال دارو
		یخچال دیگر مصارف
		ست chest tube
		کاتتر نافی
		Chest tube
		لوله تراشه
		سونوگرافی مغز در NICU
		رادیولوژی پرتابل در NICU

ج) خدمات آزمایشگاهی و بانک خون

توضیحات	خیر	بلی	سؤال
			۱) امکان انجام آزمایشهای ضروری
			۲) ** امکان انجام آزمایشهای گسترده آزمایشگاهی (شبانہ روزی)
			۳) دسترس دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست
			۴) تکنیسین حاضر در محل
			۵) دسترسی به فرآورده های خونی مورد نیاز در اسرع وقت
			خون کامل
			پکد سل
			FFP
			پلاکت
			فاکتورهای انعقادی
			۶) امکان تجزیه گازهای خونی (ABG)
			۷) متخصص پاتولوژی در دسترس
			۸) دسترسی به آزمایشگاه ژنتیک

*Hb, Blood group ,BS , BUN, Cr, Na, K, U/A, Stool OB-OP, Bilirubin (total,direct,indirect).

** CBC (complete), LFT, Thyroid test (T3, T4, TSH), U/C, B/C, Serum Iron-TIBC, LP.

د) خدمات تصویربرداری

سؤال	بلی	خیر	توضیحات
۱) دسترسی به متخصص رادیولوژی ظرف سی دقیقه بعد از درخواست			
۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست			
۳) تکنیسین حاضر در محل			
۴) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته مادر و نوزاد			
۵) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته پرتابل			
۶- امکان انجام ۲۴ ساعته و تفسیر سونوگرافی پری ناتال			
۷- امکان انجام سونوگرافی مغز نوزاد			
۸- امکان دسترسی به الکتروانسفالوگرافی			
۹- امکان انجام اکوکاردیوگرافی همه روزه			
۱۰- امکان تشخیص رادیولوژیک بیماریهای دستگاه گوارش، اوروژنیتال و اعصاب			
۱۱- دستگاه اولتراسوند-داپلر Velocimetry			

ذ) فضای فیزیکی

نیاز به بازسازی	آماده	مترائز	
			اتاق عمل جهت سزارین اورژانس
			*اتاق یا بخش مراقبتهای نوزادان تحت نظر
			اتاق زایمان
			اتاق بعد از زایمان
			بخش زنان و زایمان
			**NICU استاندارد
			CCU بزرگسالان
			ICU بزرگسال

* محلی برای تثبیت وضعیت نوزاد تا زمان بهبود یا انتقال به سطوح بالاتر.

**NICU استاندارد

۱/ تعداد پریرز برق:..... ۲/ تعداد خروجی مکنده مرکزی:....

۳/تعداد خروجی هوای فشرده:.... ۴/ تعداد خروجی اکسیژن:....

۱) تعداد زایمان:

الف) در هفته:....

ب) در ماه:....

ج) در سال:

۲) تعداد مرگ نوزاد

الف) در هفته:....

ب) در ماه:....

ج) در سال:

۳) تعداد نوزاد ارجاعی از دیگر مراکز درمانی به این مرکز:

الف) در هفته:....

ب) در ماه:....

ج) در سال:

۴) تعداد نوزادان ارجاعی از سایر استانها به این مرکز:

الف) در هفته:....

ب) در ماه:....

ج) در سال:

۵) تعداد نوزادانی که از این مرکز به سایر مراکز درمانی ارجاع داده میشوند:

الف) در هفته:....

ب) در ماه:....

ج) در سال:

مهر و امضاء رئیس مرکز

برنامه آموزشی:

خیر	بلی	زنان و مامائی	دستیاری
		اطفال	دستیاری
		پری ناتال	فلوشیپ

		نوزادان	فلوشیپ
--	--	---------	--------

ضمیمه د: چک لیست ارزیابی مرکز ارائه دهنده خدمات مادر و نوزاد به تفکیک سطوح

چک لیست ارزیابی تجهیزات، ملزومات و نیروی انسانی، خدمات پاراکلینیک مرکز ارائه دهنده خدمات مادر و نوزاد
سطح IA

الف- نیروی انسانی

منظور تعداد نیروی انسانی موجود می باشد که هم اینک در واحدهای زایشگاه- رومینگ این و نوزادان فعالیت دارند و یا مراکز مربوط بدون افزایش نیروی جدید با جابجایی نیروهای فعلی در اختیار می تواند در واحدهای ذکر شده بکار گیرند.

الف/۱ (نیروی انسانی)

موضوع	تعداد	توضیحات
پزشک عمومی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
ماما		
پرستار		
بهبیار		
بیماربر		
خدماتی		

الف/۲ نسبت پرستار و ماما به بیمار

موضوع	نسبت پرستار به بیمار (تخت)	توضیحات
اتاق درد-القای زایمان		
اتاق بعد از زایمان		

ب) چک لیست تجهیزات و ملزومات

(منظور تجهیزات و ملزوماتی است که در حال حاضر فعال و یا با تعمیرات جزئی قابل استفاده می باشد.)

ب/۱ - زنان

توضیحات	تعداد	صورت تجهیزات و ملزومات اتاق زایمان
		تخت زایمان
		ست زایمان
		ست اپیزیوتومی
		واکیوم
		گرما زای تابشی (وارمر) برای نوزاد
		دستگاه سونوکید

ب/۲ - نوزادان

چک لیست تجهیزات و ملزومات نوزادان

توضیحات	تعداد	موضوع
		کات
		گرما زای تابشی (وارمر)
		انکوباتور
		دستگاه ساکشن سیار
		مخلوط کننده هوا- اکسیژن
		ترازوی نوزاد
		یخچال دارو
		یخچال دیگر مصارف
		لوله تراشه

ج) خدمات آزمایشگاهی و بانک خون

سؤال	بلی	خیر	توضیحات
(۱) امکان انجام آزمایشهای ضروری			
(۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست			
(۳) تکنیسین حاضر در محل			

(د) فضای فیزیکی

نیاز به بازسازی	آماده	مترائ	
			اتاق زایمان
			اتاق بعد از زایمان

مهر و امضاء رئیس مرکز

چک لیست ارزیابی تجهیزات، ملزومات و نیروی انسانی، خدمات پاراکلینیک مرکز ارائه دهنده خدمات مادر و نوزاد سطح IB

الف: نیروی انسانی

منظور تعداد نیروی انسانی موجود می باشد که هم اینک در واحدهای زایشگاه- رومینگ این و نوزادان فعالیت دارند و یا مراکز مربوط بدون افزایش نیروی جدید با جابجایی نیروهای فعلی در اختیار می تواند در واحدهای ذکر شده بکار گیرند.

الف/۱ (نیروی انسانی)

موضوع	تعداد	توضیحات
متخصص کودکان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص زنان		
پزشک عمومی		مقیم
تیم احیاء		حضور دائم با توانائی احیاء مادر و نوزاد
ماما		
پرستار		
بهبار		
بیماربر		
خدماتی		

الف/۲

نسبت پرستار و ماما به بیمار

موضوع	نسبت پرستار به بیمار (تخت)	توضیحات
اتاق درد-القای زایمان		
اتاق بعد از زایمان		
رومینگ این		
نوزاد تحت نظر		

ب) چک لیست تجهیزات و ملزومات

(منظور تجهیزات و ملزوماتی است که در حال حاضر فعال و یا با تعمیرات جزئی قابل استفاده می باشد.)

ا/ب- زنان

توضیحات	تعداد	صورت تجهیزات و ملزومات اتاق زایمان
		تخت زایمان
		ست زایمان
		ست اپیزیوتومی
		واکیوم
		گرمزای تابشی (وارمر) برای نوزاد
		وسایل احیاء مادر
		ترازوی نوزاد
		ست سزارین
		وسایل احیاء نوزاد
		میکروسکوپ و دیگر ملزومات برای انجام تست فرن (یا نیترازین تست)
		دستگاه سونوکید
		دستگاه سونوگرافی
		دستگاه رادیولوژی پرتابل

ب/۲- نوزادان

چک لیست تجهیزات و ملزومات نوزادان

توضیحات	تعداد	موضوع
		کات
		گرمزای تابشی (وارمر)
		انکوباتور
		فتوتراپی عادی
		فتوتراپی شدید ^{۳۱}
		پمپ تزریق معمولی ^{۳۲}

31 - Intensive phototherapy unit

32 - Infusion pump

		پمپ تزریق سرنگی ^{۳۳}
		پالس اکسی متر
		لارنگوسکوپ نوزاد
		بگ و ماسک
		هدباکس
		کپسول اکسیژن
		دستگاه ساکشن سیار
		مخلوط کننده هوا- اکسیژن
		فشارخون سنج نوزاد
		مانیتور قلبی تنفسی
		دستگاه تجزیه گازهای خون
		اکسیژن آنالیزر
		ترازوی نوزاد
		ونتیلاتور
		دستگاه NCPAP
		هد هلدر
		پمپ شیردوش برقی
		فتومتر
		گلوکومتر
		یخچال دارو
		یخچال دیگر مصارف
		کاتتر نافی
		لوله تراشه

ج) خدمات آزمایشگاهی و بانک خون

توضیحات	خیر	بلی	سئوال
			۱) امکان انجام آزمایشهای ضروری
			۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست

د) خدمات تصویربرداری و آزمایشگاهی

			۱) دسترسی به متخصص رادیولوژی ظرف سی دقیقه بعد از درخواست
			۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست
			۳) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته مادر و نوزاد
			۴) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته پرتابل
			۵) امکان انجام ۲۴ ساعته و تفسیر سونوگرافی پری ناتال

ذ) فضای فیزیکی

نیاز به بازسازی	آماده	متراژ	
			اتاق عمل
			اتاق زایمان
			اتاق بعد از زایمان
			واحد مراقبت نوزاد

مهر و امضاء رئیس مرکز

چک لیست ارزیابی تجهیزات، ملزومات و نیروی انسانی، خدمات پاراکلینیک مرکز ارائه دهنده خدمات مادر و نوزاد سطح II

الف: نیروی انسانی

منظور تعداد نیروی انسانی موجود می باشد که هم اینک در واحدهای زایشگاه- رومینگ این و نوزادان فعالیت دارند و یا مراکز مربوط بدون افزایش نیروی جدید با جابجایی نیروهای فعلی در اختیار می تواند در واحدهای ذکر شده بکار گیرند.

الف/۱- (نیروی انسانی)

موضوع	تعداد	توضیحات
فوق تخصص نوزادان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص کودکان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص زنان و زایمان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص رادیولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند
متخصص پاتولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند
پزشک عمومی		مقیم دسترس ۲۴ ساعته
مددکار اجتماعی		
ماما		
پرستار		
بهبود		
بیماربر		
خدماتی		

۲/الف- نسبت پرستار و ماما به بیمار

موضوع	نسبت پرستار به بیمار (تخت)	توضیحات
اتاق درد- القای زایمان		
اتاق بعد از زایمان		
رومینگ این		
نوزاد تحت نظر		

ب) چک لیست تجهیزات و ملزومات

(منظور تجهیزات و ملزوماتی است که در حال حاضر فعال و یا با تعمیرات جزئی قابل استفاده می باشد.)

۱/ب- زنان

توضیحات	تعداد	صورت تجهیزات و ملزومات اتاق زایمان
		تخت زایمان
		ست زایمان
		ست اپیزیوتومی
		واکیوم
		گرمای تابشی (وارمر) برای نوزاد
		وسایل احیاء نوزاد
		ترازوی نوزاد
		ست سزارین
		وسایل احیاء مادر
		میکروسکوپ و دیگر ملزومات برای انجام تست فرن(یا نیتراژین تست)
		دستگاه سونوکید
		دستگاه سونوگرافی
		دستگاه رادیولوژی پرتابل
		مانیتورینگ خارجی جنین با امکان ارزیابی جنین (NST ^{۳۴} .BPP ^{۳۵}) (OCT ^{۳۶})
		گاز nierous oxide برای زایمان بی درد

34 - non stress test

35 - biophysical profile

36 - oxitocin challenge test

چک لیست تجهیزات و ملزومات نوزادان

موضوع	تعداد	توضیحات
کات		
گرمای تابشی (وارمر)		
انکوباتور		
فتوترایپ عادی		
فتوترایپ شدید ^{۳۷}		
پمپ تزریق معمولی ^{۳۸}		
پمپ تزریق سرنگی ^{۳۹}		
پالس اکسی متر		
لارنگوسکوپ نوزاد		
بگ و ماسک		
هد باکس		
کپسول اکسیژن		
دستگاه ساکشن سیار		
مخلوط کننده هوا- اکسیژن		
فشارخون سنج نوزاد		
مانیتور قلبی تنفسی		
دستگاه تجزیه گازهای خون		
اکسیژن آنالیزر		
ترازوی نوزاد		
ونتیلاتور		
دستگاه NCPAP		
هدهلدر		
پمپ شیردوش برقی		

37 - Intensive phototherapy unit

38 - Infusion pump

39 - syringe infusion pump

		فتومتر
		گلوکومتر
		یخچال دارو
		یخچال دیگر مصارف
		ست تعویض خون
		ست chest tube
		کاتتر نافی
		Chest tube
		لوله تراشه

ج) خدمات آزمایشگاهی و بانک خون

توضیحات	خیر	بلی	سؤال
			۱) امکان انجام آزمایشهای ضروری
			۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست
			۳) تکنیسین حاضر در محل
			۴) دسترسی به فرآورده های خونی مورد نیاز در اسرع وقت
			خون کامل
			پکد سل
			FFP
			پلاکت
			فاکتورهای انعقادی
			امکان تجزیه گازهای خونی (ABG)
			۵) متخصص پاتولوژی در دسترس

د) خدمات تصویربرداری و آزمایشگاهی

توضیحات	خیر	بلی	سؤال
			۱) دسترسی به متخصص رادیولوژی ظرف سی دقیقه بعد از درخواست

			۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست
			۳) تکنیسین حاضر در محل
			۴) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته مادر و نوزاد
			۵) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته پرتابل
			۶- امکان انجام ۲۴ ساعته و تفسیر سونوگرافی پری ناتال
			۷- امکان انجام سونوگرافی مغز نوزاد
			۸- امکان دسترسی به الکتروانسفالوگرافی
			۹- امکانات تشخیص رادیولوژیک بیماریهای دستگاه گوارش-اوروژنیتال- اعصاب

ذ) فضای فیزیکی

نیاز به بازسازی	آماده	مترائز	
			اتاق عمل
			اتاق زایمان
			اتاق بعد از زایمان
			واحد مراقبت نوزادان

مهر و امضاء رئیس مرکز

چک لیست ارزیابی تجهیزات، ملزومات و نیروی انسانی، خدمات پاراکلینیک مرکز ارائه دهنده خدمات مادر و نوزاد سطح III

الف: نیروی انسانی

منظور تعداد نیروی انسانی موجود می باشد که هم اینک در واحدهای زایشگاه- رومینگ این و نوزادان فعالیت دارند و یا مراکز مربوط بدون افزایش نیروی جدید با جابجایی نیروهای فعلی در اختیار، می تواند در واحدهای ذکر شده بکار گیرند.

الف/۱- (نیروی انسانی)

موضوع	تعداد	توضیحات
فوق تخصص نوزادان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
دستیار فوق تخصصی نوزادان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص کودکان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
فوق تخصص پری ناتولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص زنان و زایمان		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند.
متخصص بیهوشی		مقیم
فوق تخصص جراحی کودکان		
فوق تخصص قلب کودکان		
متخصص ارتوپدی		
متخصص گوش و حلق و بینی		
متخصص چشم		
فوق تخصص اعصاب کودکان		
روانپزشک		
متخصص رادیولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند
متخصص پاتولوژی		حداکثر در عرض نیم ساعت در دسترس باشند
ماما		
پرستار		
بهبیار		
بیماربر		
خدماتی		

۲/الف- نسبت پرستار و ماما به بیمار

موضوع	نسبت پرستار به بیمار (تخت)	توضیحات
اتاق درد- القای زایمان		
اتاق بعد از زایمان		
رومینگ این		
نوزاد تحت نظر		

ب) چک لیست تجهیزات و ملزومات

(منظور تجهیزات و ملزوماتی است که در حال حاضر فعال و یا با تعمیرات جزئی قابل استفاده می باشد.)

۱/ب- زنان

توضیحات	تعداد	صورت تجهیزات و ملزومات اتاق زایمان
		تخت زایمان
		ست زایمان
		ست اپیزیوتومی
		واکیوم
		گرمای تابشی (وارمر) برای نوزاد
		وسایل احیاء مادر
		ترازوی نوزاد
		ست سزارین
		وسایل احیاء نوزاد
		میکروسکوپ و دیگر ملزومات برای انجام تست فرن(یا نیتراژین تست)
		دستگاه سونوکید
		دستگاه سونوگرافی
		دستگاه رادیولوژی پرتابل
		مانیتورینگ خارجی جنین با امکان ارزیابی جنین (NST ^{۴۰} .BPP ^{۴۱} OCT ^{۴۲})
		گاز nierous oxide برای زایمان بی درد

40 - non stress test

41 - biophysical profile

42 - oxitocin challenge test

		دستگاه سونوگرافی در بخش زنان
		تجهیزات لازم برای آمیوستن
		تجهیزات نمونه گیری از ویلوزیته کوریون (CVS)
		تجهیزات انجام PUBS ، نمونه گیری از بند ناف در حین بارداری
		تجهیزات برای انجام مداخلات درمانی داخل رحمی (جنین درمانی)
		تجهیزات برای ترانسفوزیون جنین و تزریق دارو به جنین
		تجهیزات برای کوتریزاسیون بای پولار بند ناف در TTS

۲/ب- نوزادان

چک لیست تجهیزات و ملزومات نوزادان

توضیحات	تعداد	موضوع
		کات
		گرمزای تابشی (وارمر)
		انکوباتور
		فتوتراپی عادی
		فتوتراپی شدید ^{۴۳}
		پمپ تزریق معمولی ^{۴۴}
		پمپ تزریق سرنگی ^{۴۵}
		پالس اکسی متر
		لارنگوسکوپ نوزاد
		بگ و ماسک
		هد باکس
		کپسول اکسیژن
		دستگاه ساکشن سیار
		مخلوط کننده هوا- اکسیژن
		فشارخون سنج نوزاد
		مانیتور قلبی تنفسی
		دستگاه تجزیه گازهای خون

43 - Intensive phototherapy unit

44 - Infusion pump

45 - syringe infusion pump

		اکسیژن آنالایزر
		ترازوی نوزاد
		ونتیلاتور
		دستگاه NCPAP
		هدهلدر
		پمپ شیردوش برقی
		فتومتر
		گلوکومتر
		یخچال دارو
		یخچال دیگر مصارف
		ست chest tube
		کاتتر نافی
		Chest tube
		لوله تراشه
		سونوگرافی مغز در NICU
		رادیولوژی پرتابل در NICU

ج) خدمات آزمایشگاهی و بانک خون

سئوال	بلی	خیر	توضیحات
۱) امکان انجام آزمایشهای گسترده آزمایشگاهی (شبانه روزی)			
۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست			
۳) تکنیسین حاضر در محل			
۴) دسترسی به فرآورده های خونی مورد نیاز در اسرع وقت			
خون کامل			
پکد سل			
FFP			

			پلاکت
			فاکتورهای انعقادی
			امکان تجزیه گازهای خونی (ABG)
			۵) متخصص پاتولوژی در دسترس
			۶) دسترسی به آزمایشگاه ژنتیک

د) خدمات تصویربرداری و آزمایشگاهی

توضیحات	خیر	بلی	سؤال
			۱) دسترسی به متخصص رادیولوژی ظرف سی دقیقه بعد از درخواست
			۲) دسترسی دائم به تکنیسین حاضر در محل ظرف سی دقیقه بعد از درخواست
			۳) تکنیسین حاضر در محل
			۴) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته مادر و نوزاد
			۵) امکان انجام تصویربرداری ۲۴ ساعته پرتابل
			۶- امکان انجام ۲۴ ساعته و تفسیر سونوگرافی پری ناتال
			۷- امکان انجام سونوگرافی مغز نوزاد
			۸- امکان دسترسی به الکتروانسفالوگرافی
			۹- امکان انجام اکوکاردیوگرافی همه روزه
			۱۰- دستگاه اولتراسوند-داپلر Velocimetry

ذ) فضای فیزیکی

نیاز به بازسازی	آماده	مترائ	
			اتاق عمل
			اتاق زایمان
			بخش زنان و زایمان
			NICU استاندارد
			ICU بزرگسال استاندارد

توافق نامه محدوده خدمات بیمارستان الزهرا(س) تبریز (سطح ۳ ب)

این توافق نامه جهت مشخص نمودن محدوده خدمات بیمارستان الزهرا تبریز در قالب اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال بین آن بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز منعقد می شود.

ماده ۱: بیمارستان الزهرا(س) یک مرکز سطح ۳ ب بوده و تحت عنوان مرکز سلامت پریناتال مسئولیت های زیر به آن واگذار می شود:

- مسئولیت مرگ مادر و نوزاد در منطقه جغرافیایی استان آذربایجان شرقی به عهده تیم پریناتال گروه زنان و مامایی و تیم نوزادان گروه کودکان مستقر در بیمارستان می باشد.
- تدوین برنامه جمع آوری روزآمد داده های حیاتی برای پایش و ارزشیابی خدمات ارائه شده به مادر و نوزاد در منطقه جغرافیایی مورد اشاره و تحلیل و تهیه بازخورد مناسب در راستای استاندارد کردن خدمات مامایی و نوزادی.
- برنامه ریزی برای بازدید دوره ای از بیمارستان های سطح پایین تر، ارائه پیشنهاد برای اصلاح خدمات پشتیبانی اعم از فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی.
- بیمارستان موظف است ساز و کاری مناسب برای در دسترس بودن حداقل یک استاد از گروه زنان و مامایی و یک استاد نوزادان تحت عنوان استاد معین در ۲۴ ساعت کاری در ۷ روز هفته برای ارائه خدمات مشاوره ای به تمامی بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه را فراهم نماید.

ماده ۲: تدابیر مرکز برای شناخت و درمان عوامل خطر و بیماری مادر، جنین و نوزاد:

- بیمارستان موظف است پوشش ۲۴ ساعته متخصص زنان و مامایی و متخصص اطفال و بیهوشی را فراهم نماید. بیماران با عوامل پر خطر بارداری ارجاع شده از بیمارستان های دیگر برای دریافت خدمات فوق تخصصی اعم از مادر یا نوزاد در ابتدا باید توسط متخصص یا فوق تخصص معتبر و آموزش دیده پذیرش و مراقبت شود.
- بیمارستان موظف است کلاس های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک را برای تمامی مادران باردار برگزار نماید. کوریکولوم آموزشی مربوطه قابل مشاهده است.
- مطب شخصی پزشک های زنان و مامایی و کلینیک مراقبت های پریناتال بیمارستان باید مطابق استاندارد های ابلاغ شده توسط معاونت درمان باشد.
- بیمارستان به صورت اساسی باید دارای بخش حاملگی ها پرخطر باشد. این بخش باید به گونه ای باشد که بتواند تمامی حاملگی های پرخطر و به طور اختصاصی حاملگی های با سن بارداری کمتر از ۲۸ هفته را مراقبت نماید.
- در بخش زایمان باید دستورالعمل های راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان وزارت بهداشت شامل پارتوگراف، روتین نبودن اپیزوتومی، القای زایمانی، پاره کردن کیسه های زایمانی و . . . اجرا شود.
- بیمارستان به طور اساسی باید دارای آزمایشگاهی مجهز به تمامی اقدامات تشخیصی شامل (تجزیه گازهای خونی، تست های کبدی، بیلیروبین نوزاد و . . .) باشد. همچنین باید برای آزمایشات ژنتیک دوره بارداری و نوزادی و بیماری های متابولیکی دوره نوزادی با آزمایشگاه های بیرون از بیمارستان قرارداد همکاری ببندد.

- بیمارستان موظف است به صورت ۲۴ ساعته خدمات رادیولوژی پرتابل و سونوگرافی تشخیصی را داشته باشد. همچنین سونوگرافی تشخیصی ناهنجاری مادرزادی در شیفت صبح و در صورت نیاز انجام آمنیوستنزیس باید در بیمارستان فراهم شود.
 - برنامه احیاء نوزاد و مراقبت از نوزادان در معرض خطر بر اساس درسنامه های مربوطه اجرا شود.
 - در بیمارستان باید درمانگاه حاملگی پرخطر ویژه پیگیری موارد حاملگی پرخطر فعال باشد.
 - در بیمارستان باید درمانگاه شیرخوار پرخطر ویژه پیگیری موارد نوزادان مرخص شده از بخش مراقبت ویژه نوزادان دایر شود.
 - تمامی ماماها و پرستاران شاغل در بخش زایمان، ریکاوری، اتاق عمل و بخش بعد از زایمان (همراه نوزاد) باید واجد گواهی احیاء بزرگسال، نوزاد و زایمان فیزیولوژیک باشند.
 - بیمارستان موظف است برنامه مراقبت آغوشی را برای تمامی نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان به اجرا دریاورد.
 - نوزادان نیازمند انجام لیزر رتین یا تزیفداخل چشمی از کلیه بیمارستان های استان باید به بیمارستان الزهرا تبریز ارجاع شوند. در بیمارستان باید ساز و کار اجرایی برای پذیرش و ارائه خدمات مربوط به معاینه رتین و در صورت نیاز لیزر چشمی یا هر اقدام جراحی دیگر را برای نوزادان نارس فراهم نماید. جلب مشارکت یک فوق تخصص رتین یا متخصص چشم که دوره فلوشیپی ROP را در دانشگاه معتبر گذرانده باشد یکی از الزامات برنامه است.
 - بیمارستان باید دارای واحدی تحت عنوان واحد ثبت ناهنجاری های مادرزادی باشد.
- ماده ۳: شرح مواردی که برای بیمار (مادر، جنین یا نوزاد) در خواست مشاوره می شود و مواردی که در خواست انتقال می شود:
- تمامی بیماری های فوق تخصص های رشته اطفال.
 - تمامی تخصص های مورد نیاز مادر به جز پری ناتولوژی.
- ماده ۴: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به وضع مخاطره آمیز مراجعه کننده، نیاز به انتقال به بیمارستان دیگر وجود دارد:
- نوزادانی که دچار ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش، کلیه و مجاری ادراری باشند باید به بیمارستان کودکان فرمان فرمایان انتقال یابند.
 - بیماران دارای ناهنجاری مادرزادی قلبی به بیمارستان شهید مدنی انتقال می یابند.
 - بیماران دچار ناهنجاری مادرزادی سیستم عصبی مرکزی به بیمارستان امام رضا ارجاع داده می شوند.

ماده ۵: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به امکانات این مرکز، درگام اول، نیاز به انتقال ندارد اما باید اقدام به مشاوره با سطوح بالاتر گردد:

- تمام مادران حامله و نوزادان بستری در بیمارستان که نیاز به مراقبت های چند تخصصی داشته باشند باید به بیمارستان های مرتبط مشاوره و در صورت نیاز ارجاع شود:
 - بیماران نیازمند مراقبت های تخصصی مرتبط با قلب به بیمارستان شهید مدنی
 - بیماران نیازمند مراقبت های چند تخصصی مرتبط با فوق تخصص های داخلی و مغز و اعصاب به بیمارستان امام رضا
 - نوزادان نیازمند مراقبت های چند تخصصی مرتبط با فوق تخصص های نكودكان، جراحی كودكان و مغز و اعصاب به بیمارستان كودكان فرمان فرمایان
 - نوزادان نیازمند مراقبت های تخصصی قلبی به بیمارستان شهید مدنی

ماده ۶: ساز و کار انتقال معکوس به یا از بیمارستان های مرتبط:

- در صورت انتقال مادر یا نوزاد به بیمارستان الزهرا(س) از سطوح پایین تر، بعد از پایدار شدن شرایط مادر یا نوزاد و رسیدن به محدوده خدمات بیمارستان های ارجاع دهنده، بیمار بر اساس برنامه انتقال نوزاد با در نظر گرفتن شرایط روانی و میزان دانش و مهارت والدین در مراقبت از نوزاد و رضایت و احساس امنیت آنها به آن بیمارستان انتقال می یابد. این وضعیت در مورد مادر هم صادق است.
- در صورت انتقال نوزاد به بیمارستان های دیگر برای ترمیم ناهنجاری مادرزادی یا مشکلات جراحی در صورت انجام اقدامات لازم و پایدار شدن نوزاد بیمارستان باید ساز و کار مناسب برای بازپسگیری نوزاد را فراهم نماید. مانند مورد قبل امنیت روانی والدین و آگاهی و مهارت آنها از اهمیت اساسی برخوردار می باشد. این وضعیت در مورد مادر هم صادق است.

ماده ۷: برنامه "ارائه خدمات مشاوره ای" مادران و نوزادان این مرکز با مراکز سطح پایین تر:

- شماره تلفن ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ استاد معین بیمارستان الزهرا(س) در خصوص مشکلات زنان و مامایی.
- شماره تلفن ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ استاد معین بیمارستان الزهرا(س) در خصوص مشکلات نوزادان.
- تمامی پزشکان متخصص زنان و مامایی منطقه و همچنین پزشکان متخصص اطفال منطقه قادر هستند به طور مستقیم با شماره تلفن های مستقیم مذکور تماس حاصل کرده و اقدام به مشاوره با اساتید معین دانشگاه نمایند.
- شماره تلفن های مذکور می تواند ثابت بوده و طبق برنامه ارائه شده از طرف بیمارستان الزهرا(س) به مخابرات به تلفن منزل یا موبایل اساتید معین هدایت شود یا شماره تلفن سیار (موبایل) باشد که بین اساتید دست به دست گردد.
- تمامی مکالمات انجام شده از طریق این شماره ها ضبط شده و در موارد اختلاف و پیگیری قضایی مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۸: ارائه اطلاعات، اعم از مشاوره، آزمایشات و اقدامات پیشگیری - درمانی قابل استفاده در منطقه، که برای والدین شیرخوار مبتلا، یا در خطر ابتلا به معلولیت حرکتی و حسی می تواند مفید باشد:

- بیمارستان موظف است برنامه آموزشی مدون و نظام مندی را برای تمامی مراجعه کننده های خود اعم از زنان و مامایی، نازایی، بخش مراقبت ویژه نوزادان و نوزادان مرخص شده از بخش مراقبت ویژه نوزادان داشته باشد. توصیه می شود اقدامات زیر در این خصوص انجام گیرد:

- تاسیس وب سایتی مخصوص آموزش بیماران و معرفی آن به بیماران بدو ورود به بیمارستان و هنگام ترخیص.

- تاسیس تلفن گویا که مشکلات و سوالات رایج بیماران را به صورت غیر حضوری مرتفع کند.
- تهیه کتابچه راهنمای بیمار برای تمامی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان یا ارجاع داده شده که واجد تمامی شماره تلفن های ضروری مشاوره اورژانس یا آدرس کلینیک های مورد نیاز بیماران باشد.

- برگزاری سمینارها یا گردهم آیی های آموزشی با مشارکت بیماران برای آموزش و جلب مشارکت ذینفعان داخل سازمانی و خارج سازمانی و منطقه ای برای ارتقاء سلامت جامعه مادران و نوزادان و خانواده های آنها با انگیزه توسعه مهارت و بهبود تکامل نسل آینده.

ماده ۹: برنامه های آموزش مداوم حرف پزشکی و پیراپزشکی در این مرکز و چگونگی همکاری بین این مرکز و مراکز سطح پایین تر، برای اجرای آنها:

- توصیه می شود بیمارستان الزهرا(س) مرکزی تحت عنوان مرکز توسعه آموزش سلامت پریناتال تاسیس نماید. این مرکز زیر نظر کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد دانشگاه فعالیت کرده و بازوی اجرایی معاونت های آموزش، درمان و بهداشت دانشگاه می باشد. آیین نامه این مرکز در درج شده است.

ماده ۱۰: حضور این مرکز در کمیته مرگ و میر منطقه:

- این کمیته بطور مرتب (حد اکثر هر ۶ ماه یک بار) برگزار می شود. در این کمیته همه مسائل فوت مادران و نوزادان و تعدادی از عوارض و معلولیت های انتخاب شده (بر حسب برنامه کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد پری ناتال منطقه)، مورد بررسی قرار میگیرند.
- در جلسات این کمیته در زمینه انتخاب درمان مناسب و اقدامات لازم جهت کاهش مرگ و معلولیت، بحث و گفتگو می شود. در همین جلسات، آمار مقایسه ای و آمار کلی مرگ و میر پری ناتال و عوارض و معلولیت نوزاد و مادر ارائه میشود.
- اعضای این کمیته، متخصصین در رشته زنان و نوزادان مسئول در بیمارستان الزهرا(س) و مراکز درمانی مورد نظری باشند. بر حسب نیاز افراد دیگر مثلا متخصصین بیهوشی، پزشک معالج و ریاست مرکز مربوطه یا نماینده وی، به جلسه فرا خوانده می شوند.

- یک خلاصه نامه سالانه از این جلسات توسط بیمارستان الزهرا تهیه می شود. در این خلاصه اطلاعات آماری و عواملی که منجر به فوت قابل اجتناب یا معلولیت شده اند گزارش میشوند و راهکارهای ممکن جهت پیشگیری از آنها پیشنهاد می شود. این پیشنهادات به کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد ارائه و از آنجا به کمیته کشوری ارجاع می شود.

ماده ۱۱: پیگیری های بعد از ترخیص:

- تمامی نوزادان مرخص شده از تمامی بخش های مراقبت ویژه نوزادان آذربایجان شرقی باید تا حداقل ۳ سالگی مورد پیگیری از نظر تکامل، شنوایی و بینایی و مشکلات بالینی توسط مرکز پیگیری شیرخواران پرخطر واقع در بیمارستان الزهرا قرار گیرند.
- بیمارستان موظف است تسهیلاتی برای مراقبت های چند تخصصی هماهنگ برای نوزادان مرخص شده از تمامی بیمارستان های سطوح ۲ و ۳ که نیاز به مراقبت های پیشرفته سرپایی شیرخواران پرخطر دارند فراهم نماید.
- بیمارستان باید یک شماره تلفن مستقیم برای مشاوره شیر مادر، سوال در مورد مشکلات نوزادی و مسائل مادر برای نوزادان سالم مرخص شده و مادران آنها فراهم نماید.

ماده ۱۲: برنامه پایش، ارزشیابی و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در سطح منطقه آذربایجان شرقی:

- مطابق برنامه سطح بندی خدمات پری ناتال اطلاعات مورد نیاز برای مونیتورینگ برنامه توسط شبکه رایانه ای بین بیمارستانی یا جمع آوری ماهانه توسط انتقال پستی داده ها جمع آوری شده و توسط ستاد اجرایی برنامه سطح بندی خدمات پری ناتال با همکاری بیمارستان الزهرا(س) تجزیه و تحلیل آماری شده و اطلاعات مذکور در تصمیم گیری ها مورد استفاده واقع شده و تبدیل به پیام ها یا طرح های اجرایی می شوند.

توافق نامه محدوده خدمات بیمارستان طالقانی تبریز (سطح ۳ الف)

این توافق نامه جهت مشخص نمودن محدوده خدمات بیمارستان طالقانی تبریز در قالب اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال بین آن بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز منعقد می شود. بیمارستان می تواند طبق مفاد مستندات مربوطه درخواست استثناء در محدوده خدمات بنماید.

ماده ۱: بیمارستان طالقانی یک مرکز سطح ۳ الف می باشد و موظف است به عنوان مرکز سطح ۳ الف در ارتباط با بیمارستان الزهرا(س) که مرکز پریناتال منطقه آذربایجان شرقی است فعالیت نماید. تمامی بیماران (مادران و نوزادان) با سن حاملگی بین ۲۸ هفته الی ۳۱ هفته و ۶ روز که بیمه شده تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و بیمه تکمیلی از کلیه استان به این بیمارستان ارجاع می شوند.

ماده ۲: تدابیر مرکز برای شناخت و درمان عوامل خطر و بیماری مادر، جنین و نوزاد:

- بیمارستان موظف است پوشش ۲۴ ساعته متخصص زنان و مامایی و متخصص اطفال و بیهوشی را فراهم نماید. بیماران ارجاع شده از بیمارستان های دیگر برای دریافت خدمات فوق تخصصی اعم از مادر یا نوزاد در ابتدا باید توسط متخصص یا فوق تخصص معتبر و آموزش دیده پذیرش و مراقبت شود.
- بیمارستان موظف است کلاس های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک را برای تمامی مادران باردار برگزار نماید. کوریکولوم آموزشی مربوطه در قابل مشاهده است.
- مطب شخصی پزشک های زنان و مامایی و کلینیک مراقبت های پریناتال بیمارستان باید مطابق استاندارد های ابلاغ شده توسط معاونت درمان باشد.
- بیمارستان به صورت اساسی نیاز است که دارای بخش حاملگی ها پرخطر باشد. این بخش باید به گونه ای باشد که بتواند حاملگی های باسن حاملگی بین ۲۸ هفته بارداری به بالاتر را مراقبت نماید.
- در بخش زایمان باید دستورالعمل های راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان وزارت بهداشت شامل استقرار پارتوگراف، روتین نبودن اپیزوتومی، القای زایمانی، . . . اجرا شود.
- بیمارستان به طور اساسی نیاز است که دارای آزمایشگاهی مجهز به به تمامی اقدامات تشخیصی شامل (تجزیه گازهای خونی، تست های کبدی، بیلیروبین نوزاد و . . .) باشد. همچنین باید برای آزمایشات ژنتیک دوره بارداری و نوزادی و بیماری های متابولیکی دوره نوزادی با آزمایشگاه های بیرون از بیمارستان قرارداد همکاری ببندد.
- بیمارستان موظف است به صورت ۲۴ ساعته خدمات رادیولوژی پرتابل و سونوگرافی تشخیصی را داشته باشد. همچنین سونوگرافی تشخیصی ناهنجاری مادرزادی در شیفت صبح و در صورت نیاز انجام آمبوسنتزیس باید در بیمارستان فراهم شود.
- برنامه احیاء نوزاد و مراقبت از نوزادان در معرض خطر بر اساس درسنامه های مربوطه اجرا شود.
- در بیمارستان باید درمانگاه حاملگی پرخطر ویژه پیگیری موارد حاملگی پرخطر دایر شود.

- در بیمارستان باید درمانگاه شیرخوار پرخطر ویژه پیگیری موارد نوزادان مرخص شده از بخش مراقبت ویژه نوزادان دایر شود.
- تمامی ماماها و پرستاران شاغل در بخش زایمان، ریکاوری، اتاق عمل و بخش بعد از زایمان (همراه نوزاد) باید واجد گواهی احیاء بزرگسال، نوزاد و زایمان فیزیولوژیک باشد.
- بیمارستان موظف است برنامه مراقبت آغوشی را برای تمامی نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان به اجرا دریاورد.
- جلب مشارکت یک فوق تخصص رتین یا متخصص چشم که دوره فلوشیپی ROP را در دانشگاه معتبر گذرانده باشد برای تشخیص رتینوپاتی نارسای الزامی است.
- بیمارستان باید در صورت تشخیص هرگونه ناهنجاری مادرزادی در دوران بارداری، هنگام زایمان یا در طی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا بخش تخصصی نوزادان یا همراهی مادر مراتب را در سامانه ثبت ناهنجاری های مادرزادی درج یا فرم مشخصات آن را به بیمارستان الزهرا(س) پست نماید.

ماده ۳: شرح مواردی که برای بیمار (مادر، جنین یا نوزاد) در خواست مشاوره و مواردی که در خواست انتقال می شود:

- تمامی فوق تخصص های رشته اطفال
- تمامی تخصص های مورد نیاز مادر به جز پری ناتولوژی
- مواردی از حاملگی با سن بارداری کمتر از ۲۸ هفته که تخت خالی در بیمارستان الزهرا(س) نباشد. این دسته از نوزادان اگر قرار شد در بیمارستان طالقانی زایمان نمایند، در صورتی که بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان الزهرا(س) تخت خالی داشته باشد توصیه می شود که سیستم انتقال نوزادان را قبل از تولد مطلع کرده و نوزاد بلافاصله بعد از زایمان، احیاء و پایدار شدن به بیمارستان الزهرا(س) انتقال داده شود.

ماده ۴: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به وضع مخاطره آمیز مراجعه کننده، نیاز به انتقال به بیمارستان دیگر وجود دارد:

- حاملگی با سن حاملگی کمتر از ۲۸ هفته.
- نوزادان دچار ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش، کلیه و مجاری ادراری باشند باید به بیمارستان کودکان فرمان فرمایان انتقال یابند.
- بیماران دارای ناهنجاری مادرزادی قلبی به بیمارستان شهید مدنی انتقال می یابند.
- بیماران دچار ناهنجاری مادرزادی سیستم عصبی مرکزی به بیمارستان امام رضا(ع) ارجاع داده می شوند.
- نوزادانی که نیاز به انجام اقدامات جراحی رتین چشم باشند به بیمارستان الزهرا(س) انتقال یابند. بعد از انجام عمل جراحی و پایداری بالینی به بیمارستان طالقانی انتقال معکوس داده می شود.

ماده ۹: برنامه های آموزش مداوم حرف پزشکی و پیراپزشکی در این مرکز و چگونگی همکاری بین این مرکز و مراکز سطح پایین تر، برای اجرای آنها:

- بیمارستان طالقانی الزاماً باید با بیمارستان الزهرا(س) در خصوص توسعه آموزش سلامت پری ناتال مطابق با آیین نامه مربوطه (ضمیمه ۹) همکاری نماید.

ماده ۱۰: حضور این مرکز در کمیته مرگ و میر منطقه:

- حضور رئیس یا اعضاء محترم هیئت علمی یا پزشکان بیمارستان بر اساس درخواست کمیته مرگ پری ناتال می باشد.

ماده ۱۱: پیگیری های بعد از ترخیص:

- بیمارستان الزاماً باید دارای درمانگاه پیگیری شیرخواران پرخطر باشد.
- تمامی نوزادان مرخص شده از بیمارستان تا حداقل ۳ سالگی مورد پیگیری از نظر تکامل، شنوایی و بینایی و مشکلات بالینی قرار گیرند. در این خصوص نیز باید با مرکز پیگیری شیرخواران پرخطر بیمارستان الزهرا هماهنگی و تعامل داشته باشد.
- بیمارستان باید یک شماره تلفن مستقیم برای مشاوره شیر مادر، سوال در مورد مشکلات نوزادی و مسائل مادر برای نوزادان سالم مرخص شده و مادران آنها فراهم نماید.

ماده ۱۲: برنامه پایش، ارزشیابی و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در سطح منطقه آذربایجان شرقی:

- بیمارستان موظف است داده های مندرج در را توسط HIS به فرمت EXELL جمع آوری کرده و به بیمارستان الزهرا(س) ارسال نماید یا داده های خروجی سامانه کامپیوتری خود را با شبکه بین بیمارستانی متصل نماید.

توافق نامه محدوده خدمات بیمارستان رازی مرند

این توافق نامه جهت مشخص نمودن محدوده خدمات بیمارستان رازی مرند در قالب اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال بین آن بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز منعقد می شود. بیمارستان می تواند طبق مفاد مستندات مربوطه درخواست استثناء در محدوده خدمات بنماید.

ماده ۱: بیمارستان رازی مرند سطح ۲ ب شناخته شده و موظف است در محدوده درج شده در فصل ۲ انجام وظیفه نماید:

- سطح بالا تر آن در موارد با سن حاملگی کمتر از ۲۸ هفته بیمارستان الزهرا(س) تبریز بوده و در موارد با سن حاملگی ۲۸ هفته تا ۳۱ هفته و ۶ روز:
 - بیمارستان طالقانی در مورد بیمار های غیر تامین اجتماعی یا بیمه تکمیلی
 - در موارد تامین اجتماعی بیمارستان ۲۹ بهمین
 - در موارد بیمه تکمیلی در صورت رضایت والدین به بیمارستان شمس (بخش خصوصی) انتقال یابد.
- همچنین این بیمارستان سطح ۲ هادیشهر است و در صورتی که برای بیمارستان شبستر تخت برای سطح ۲ در تبریز موجود نباشد به عنوان سطح ۲ ب فعالیت خواهد نمود.

ماده ۲: تدابیر مرکز برای شناخت و درمان عوامل خطر و بیماری مادر، جنین و نوزاد:

- بیمارستان موظف است پوشش ۲۴ ساعته متخصص زنان و مامایی و متخصص اطفال و بیهوشی را فراهم نماید. متخصصین مورد اشاره باید بتوانند تحت هر شرایطی در عرض نیم ساعت برای مراقبت از مادر یا نوزاد در بیمارستان حاضر شوند.
- بیمارستان موظف است کلاس های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک را برای تمامی مادران باردار برگزار نماید. کوریکولوم آموزشی مربوطه قابل مشاهده است.
- مطب شخصی پزشک های زنان و مامایی و کلینیک مراقبت های پریناتال بیمارستان باید مطابق استانداردهای ابلاغ شده توسط معاونت درمان باشد.
- بیمارستان به صورت اساسی نیاز است که دارای اتاق یا اتاق هایی ویژه حاملگی ها پرخطر باشد. این اتاق یا اتاق ها باید به گونه ای باشند که بتواند حاملگی های با میزان خطر متوسط مانند پره اکلامپسی و/یا حاملگی با سن بارداری بین ۳۲ الی ۳۵ هفته را به درستی مراقبت نماید.
- در بخش زایمان باید دستورالعمل های راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان وزارت بهداشت شامل استقرار پارتوگراف، روتین نبودن اپیزوتومی، القای زایمانی، . . . اجرا شود.
- بیمارستان به طور اساسی نیاز است که دارای آزمایشگاهی مجهز به به تمامی اقدامات تشخیصی شامل تجزیه گازهای خونی، تست های کبدی، بیلیروبین نوزاد و . . . باشد.

- بیمارستان موظف است به صورت ۲۴ ساعته خدمات رادیولوژی پرتابل را داشته باشد. همچنین سونوگرافی تشخیصی در شیفت صبح انجام شود. در صورت نیاز با سونوگرافی تشخیصی در عصر یا شب متخصص رادیولوژی باید در معرض نیم ساعت بر بالین بیمار حاضر شود.
- برنامه احیاء نوزاد و مراقبت از نوزادان در معرض خطر بر اساس درسنامه های مربوطه اجرا شود.
- تمامی ماماها و پرستاران شاغل در بخش زایمان، ریکاوری، اتاق عمل و بخش بعد از زایمان (همراه نوزاد) باید واجد گواهی احیاء بزرگسال، نوزاد و زایمان فیزیولوژیک باشد.
- بیمارستان موظف است برنامه مراقبت آغوشی را برای تمامی نوزادان بستری شده در بخش مراقبت تخصصی نوزادان به اجرا دریاورد.
- بیمارستان باید در صورت تشخیص هر گونه ناهنجاری مادرزادی در دوران بارداری، هنگام زایمان یا در طی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا بخش تخصصی نوزادان یا همراهی مادر مراتب را در سامانه ثبت ناهنجاری های مادرزادی درج یا فرم مشخصات آن را به بیمارستان الزهرا(س) پست نماید.

ماده ۳: شرح مواردی که برای بیمار (مادر، جنین یا نوزاد) در خواست مشاوره و مواردی که در خواست انتقال می شود:

- مطابق جدول مشاوره و انتقال فصل ۶

ماده ۴: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به وضع مخاطره آمیز مراجعه کننده، نیاز به انتقال به بیمارستان دیگر وجود دارد:

- حاملگی با سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته.
- نوزادان دچار ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش، کلیه و مجاری ادراری باشند باید به بیمارستان کودکان فرمان فرمایان انتقال یابند.
- بیماران دارای ناهنجاری مادرزادی قلبی به بیمارستان شهید مدنی انتقال می یابند.
- بیماران دچار ناهنجاری مادرزادی سیستم عصبی مرکزی به بیمارستان امام رضا(ع) ارجاع داده می شوند.
- نوزادانی که نیاز به انجام اقدامات جراحی رتین چشم باشند به بیمارستان الزهرا(س) انتقال یابند. بعد از انجام عمل جراحی و پایداری بالینی به آن بیمارستان انتقال معکوس داده می شوند.

ماده ۵: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به امکانات این مرکز، درگام اول، نیاز به انتقال ندارد اما باید اقدام به مشاوره با سطوح بالاتر گردد:

- نوزادان با وزن تولد بین ۱۲۵۰ الی ۱۴۹۹ گرم که در ۴ ساعت اول تولد نیاز به اکسیژن نداشته و وضعیت بالینی آن پایدار می باشد.

ماده ۱۰: حضور این مرکز در کمیته مرگ و میر منطقه:

- حضور رئیس یا پزشکان بیمارستان بر اساس درخواست کمیته مرگ پری ناتال می باشد.

ماده ۱۱: پیگیری های بعد از ترخیص:

- بیمارستان الزاماً باید دارای درمانگاه پیگیری شیرخواران پرخطر باشد.
- تمامی نوزادان مرخص شده از بیمارستان تا حداقل ۳ سالگی مورد پیگیری از نظر تکامل، شنوایی و بینایی و مشکلات بالینی قرار گیرند. در این خصوص نیز باید با مرکز پیگیری شیرخواران پرخطر بیمارستان الزهرا(س) هماهنگی و تعامل داشته باشد.
- بیمارستان باید یک شماره تلفن مستقیم برای مشاوره شیر مادر، سوال در مورد مشکلات نوزادی و مسائل مادر برای نوزادان سالم مرخص شده و مادران آنها فراهم نماید.

ماده ۱۲: برنامه پایش، ارزشیابی و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در سطح منطقه آذربایجان شرقی:

- بیمارستان موظف است داده های مندرج در ضمیمه ۱۰ را توسط HIS به فرمت EXELL جمع آوری کرده و به بیمارستان الزهرا(س) ارسال نماید یا داده های خروجی سامانه کامپیوتری خود را با شبکه بین بیمارستانی متصل نماید.

موافقت نامه محدوده خدمات بیمارستان ۵۲۲ ارتش تبریز

این توافق نامه جهت مشخص نمودن محدوده خدمات بیمارستان ۵۲۲ ارتش تبریز در قالب اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال بین آن بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز منعقد می شود. بیمارستان می تواند طبق مفاد اسناد مربوطه درخواست استثناء در محدوده خدمات بنماید.

ماده ۱: بیمارستان سطح ۲ ب شناخته شده و موظف است در محدوده درج شده در فصل ۲ انجام وظیفه نماید.

- سطح بالا تر آن در موارد با سن حاملگی کمتر از ۲۸ هفته بیمارستان الزهرا(س) تبریز است.
- در موارد با سن حاملگی ۲۸ هفته تا ۳۱ هفته و ۶ روز بیمارستان طالقانی در موارد غیر تامین اجتماعی و بیمارستان ۲۹ بهمین در موارد تامین اجتماعی خواهد بود.
- در صورت داشتن بیمه تکمیلی و رضایت خانواده به بیمارستان شمس ارجاع شود.

ماده ۲: تدابیر مرکز برای شناخت و درمان عوامل خطر و بیماری مادر، جنین و نوزاد:

- بیمارستان موظف است پوشش ۲۴ ساعته متخصص زنان و مامایی و متخصص اطفال و بیهوشی را فراهم نماید. متخصصین مورد اشاره باید بتوانند تحت هر شرایطی در عرض نیم ساعت برای مراقبت از مادر یا نوزاد در بیمارستان حاضر شوند.
- بیمارستان موظف است کلاس های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک را برای تمامی مادران باردار برگزار نماید. کوریکولوم آموزشی مربوطه قابل مشاهده است.
- مطب شخصی پزشک های زنان و مامایی و کلینیک مراقبت های پریناتال بیمارستان باید مطابق استاندارد های ابلاغ شده توسط معاونت درمان باشد.
- بیمارستان به صورت اساسی نیاز است که دارای اتاقی ویژه حاملگی های پرخطر باشد. این اتاق باید به گونه ای باشد که بتواند حاملگی های با میزان خطر متوسط مانند پره اکلامپسی و/یا حاملگی با سن بارداری بین ۳۲ الی ۳۵ هفته را به درستی مراقبت نماید.
- در بخش زایمان باید دستورالعمل های راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان وزارت بهداشت شامل استقرار پارتوگراف، روتین نبودن اپیزوتومی، القای زایمانی، . . . اجرا شود.
- بیمارستان به طور اساسی نیاز است که دارای آزمایشگاهی مجهز به به تمامی اقدامات تشخیصی شامل (تجزیه گازهای خونی، تست های کبدی، بیلروبین نوزاد و . . .) باشد.
- بیمارستان موظف است به صورت ۲۴ ساعته خدمات رادیولوژی پرتابل را داشته باشد. همچنین سونوگرافی تشخیصی در شیفت صبح انجام شود. در صورت نیاز با سونوگرافی تشخیصی در عصر یا شب متخصص رادیولوژی باید در عرض نیم ساعت بر بالین بیمار حاضر شود.
- برنامه احیاء نوزاد و مراقبت از نوزادان در معرض خطر بر اساس درسنامه های مربوطه اجرا شود.

- تمامی ماماها و پرستاران شاغل در بخش زایمان، ریکاوری، اتاق عمل و بخش بعد از زایمان (همراه نوزاد) باید واجد گواهی احیاء بزرگسال، نوزاد و زایمان فیزیولوژیک باشد.
- بیمارستان موظف است برنامه مراقبت آغوشی را برای تمامی نوزادان بستری شده در بخش مراقبت تخصصی نوزادان به اجرا درآورد.
- بیمارستان باید در صورت تشخیص هرگونه ناهنجاری مادرزادی در دوران بارداری، هنگام زایمان یا در طی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا بخش تخصصی نوزادان یا همراهی مادر مراتب را در سامانه ثبت ناهنجاری های مادرزادی درج یا فرم مشخصات آن را به بیمارستان الزهرا(س) پست نماید.

ماده ۳: شرح مواردی که برای بیمار (مادر، جنین یا نوزاد) در خواست مشاوره و مواردی که در خواست انتقال می شود:

- مطابق جدول مشاوره و انتقال فصل ۶

ماده ۴: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به وضع مخاطره آمیز مراجعه کننده، نیاز به انتقال به بیمارستان دیگر وجود دارد:

- حاملگی با سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته.
- نوزادان دچار ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش، کلیه و مجاری ادراری باشند باید به بیمارستان کودکان فرمان فرمایان انتقال یابند.
- بیماران دارای ناهنجاری مادرزادی قلبی به بیمارستان شهید مدنی انتقال می یابند.
- بیماران دچار ناهنجاری مادرزادی سیستم عصبی مرکزی به بیمارستان امام رضا(ع) ارجاع داده می شوند.
- نوزادانی که نیاز به انجام اقدامات جراحی رتین چشم داشته باشند به بیمارستان الزهرا(س) انتقال یابند. بعد از انجام عمل جراحی و پایداری بالینی به آن بیمارستان انتقال معکوس داده می شود.

ماده ۵: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به امکانات این مرکز، درگام اول، نیاز به انتقال ندارد اما باید اقدام به مشاوره با سطوح بالاتر گردد:

- نوزادان با وزن تولد بین ۱۲۵۰ الی ۱۴۹۹ گرم که در ۴ ساعت اول تولد نیاز به اکسیژن نداشته و وضعیت بالینی آن پایدار می باشد.
- نوزادان با وزن تولد بین ۱۵۰۰ الی ۱۷۴۹ گرم که در ۴ ساعت بدو تولد نیاز به اکسیژن داشته یا در بدو تولد نیاز به لوله گذاری نای داشته باشد توصیه می شود با استاد معین مشاوره صورت گیرد.

ماده ۶: ساز و کار انتقال معکوس به یا از بیمارستان های مرتبط:

- در صورت انتقال مادر یا نوزاد به این بیمارستان از سطوح پایین تر، بعد از پایدار شدن شرایط مادر یا نوزاد و رسیدن به محدوده خدمات بیمارستان های ارجاع دهنده بیمار بر اساس برنامه انتقال نوزاد با در نظر گرفتن

شرایط روانی و میزان دانش و مهارت والدین در مراقبت از نوزاد و میزان رضایت و احساس امنیت آنها به آن بیمارستان انتقال می یابد.

- در صورت انتقال نوزاد به بیمارستان های دیگر برای ترمیم ناهنجاری مادرزادی یا مشکلات جراحی در صورت انجام اقدامات لازم و پایدار شدن نوزاد بیمارستان باید ساز و کار مناسب برای بازپسگیری نوزاد را فراهم نماید. مانند مورد قبل امنیت روانی والدین و آگاهی و مهارت آنها از اهمیت اساسی برخوردار می باشد.
- در صورتی که مادر در طی دوران بارداری به بیمارستان الزهرا(س) انتقال داده شده و بعد از تولد، نوزاد قادر به مراقبت در بیمارستان ارتش باشد اکیداً توصیه می شود که نوزاد همراه با مادر به این بیمارستان انتقال یابد. ماده ۷: برنامه " دریافت خدمات مشاوره ای" مادران و نوزادان این مرکز با مراکز سطح بالاتر:
 - برای مشاوره در مورد مادر و جنین با شماره تلفن ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ استاد معین پری ناتال مقیم یا آنکال بیمارستان الزهرا(س) تماس صورت می گیرد.
 - برای مشاوره در مورد مشکلات نوزادان با شماره تلفن ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ استاد معین فوق تخصص نوزادان مقیم یا آنکال بیمارستان الزهرا(س) تماس صورت می گیرد.
 - تمامی مکالمات انجام شده از طریق این شماره ها ضبط شده و در موارد اختلاف و پیگیری قضایی مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۸: ارائه اطلاعات، اعم از مشاوره، آزمایشات و اقدامات پیشگیری - درمانی قابل استفاده در منطقه، که برای والدین شیرخوار مبتلا، یا در خطر ابتلا به معلولیت حرکتی و حسی می تواند مفید باشد:

- بیمارستان موظف است برنامه آموزشی مدون و نظام مندی را برای تمامی مراجعه کننده های خود اعم از زنان و مامایی، نازایی، نوزادان مرخص شده از بخش مراقبت تخصصی نوزادان داشته باشد. توصیه می شود اقدامات مشابه بیمارستان الزهرا(س) در این خصوص انجام شود.

ماده ۹: برنامه های آموزش مداوم حرف پزشکی و پیراپزشکی در این مرکز و چگونگی همکاری بین این مرکز و مراکز سطح پایین تر، برای اجرای آنها:

- این بیمارستان الزاماً باید با بیمارستان الزهرا(س) در خصوص توسعه آموزش سلامت پری ناتال مطابق با آیین نامه مربوطه همکاری نماید.

ماده ۱۰: حضور این مرکز در کمیته مرگ و میر منطقه:

- حضور رئیس یا پزشکان بیمارستان بر اساس درخواست کمیته مرگ پری ناتال می باشد.

ماده ۱۱: پیگیری های بعد از ترخیص:

- بیمارستان الزاماً باید دارای درمانگاه پیگیری شیرخواران پرخطر باشد.

- تمامی نوزادان مرخص شده از بیمارستان تا حداقل ۳ سالگی مورد پیگیری از نظر تکامل، شنوایی و بینایی و مشکلات بالینی قرار گیرند. در این خصوص نیز باید با مرکز پیگیری شیرخواران پرخطر بیمارستان الزهرا(س) هماهنگی و تعامل داشته باشد.
 - بیمارستان باید یک شماره تلفن مستقیم برای مشاوره شیر مادر، سوال در مورد مشکلات نوزادی و مسائل مادر برای نوزادان سالم مرخص شده و مادران آنها فراهم نماید.
- ماده ۱۲: برنامه پایش، ارزشیابی و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در سطح منطقه آذربایجان شرقی:
- بیمارستان موظف است داده های مندرج در ضمیمه ۱۰ را توسط HIS به فرمت EXELL جمع آوری کرده و به بیمارستان الزهرا(س) ارسال نماید یا داده های خروجی سامانه کامپیوتری خود را با شبکه بین بیمارستانی متصل نماید.

موافقت نامه محدوده خدمات بیمارستان شهید مدنی آذرشهر

این توافق نامه جهت مشخص نمودن محدوده خدمات بیمارستان شهید مدنی آذرشهر در قالب اجرای برنامه سطح بندی خدمات پریناتال بین آن بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز منعقد می شود. بیمارستان می تواند طبق مفاد مستندارد مرتبط درخواست استثناء در محدوده خدمات بنماید.

ماده ۱: بیمارستان سطح ۱ ب شناخته شده و موظف است در محدوده درج شده در فصل ۲ انجام وظیفه نماید:

- سطح بالا تر آن در موارد با سن حاملگی کمتر از ۲۸ هفته بیمارستان الزهرا(س) تبریز بوده و در موارد با سن حاملگی ۲۸ هفته تا ۳۱ هفته و ۶ روز:
 - بیمارستان طالقانی در مرحله نخست و بعد از آن بیمارستان شهید بهشتی مراغه در مورد بیمارهای غیر تامین اجتماعی یا بیمه تکمیلی.
 - در موارد تامین اجتماعی بیمارستان ۲۹ بهمن.
 - در موارد بیمه تکمیلی در صورت رضایت والدین به بیمارستان شمس انتقال یابد.
- در موارد حاملگی با سن بارداری بین ۳۲ الی ۳۵ هفته و ۶ روز در مرحله نخست بیمارستان شهدای بناب و در مرحله بعد بیمارستان های سطح ۲ شهر تبریز مانند ۵۲۲ ارتش و شهید محلاتی و در مرحله نهایی بیمارستان طالقانی، تامین اجتماعی و در انتها الزهرا(س) سطح بالا تر آن محسوب می شوند.

ماده ۲: تدابیر مرکز برای شناخت و درمان عوامل خطر و بیماری مادر، جنین و نوزاد:

- بیمارستان موظف است پوشش ۲۴ ساعته متخصص زنان و مامایی و متخصص اطفال و بیهوشی را فراهم نماید. متخصصین مورد اشاره باید بتوانند تحت هر شرایطی در عرض نیم ساعت برای مراقبت از مادر یا نوزاد در بیمارستان حاضر شوند.
- بیمارستان موظف است کلاس های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک را برای تمامی مادران باردار برگزار نماید. کوریکولوم آموزشی مربوطه در قابل مشاهده است.
- مطب شخصی پزشک های زنان و مامایی و کلینیک مراقبت های پریناتال بیمارستان باید مطابق استاندارد های ابلاغ شده توسط معاونت درمان باشد.
- در بخش زایمان باید دستورالعمل های راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان وزارت بهداشت شامل استقرار پارتوگراف، روتین نبودن اپیزیوتومی، القای زایمانی، . . . اجرا شود.
- بیمارستان به طور اختیاری می تواند واجد آزمایشگاهی مجهز به به اقدامات تشخیصی شامل تجزیه گازهای خونی باشد ولی به صورت اساسی باید دارای تست های کبدی، بیلیروبین نوزاد باشد.
- بیمارستان موظف است به صورت ۲۴ ساعته خدمات رادیولوژی پرتابل را داشته باشد. همچنین سونوگرافی تشخیصی در شبقت صبح انجام شود.
- برنامه احیاء نوزاد و مراقبت از نوزادان در معرض خطر بر اساس درسنامه های مربوطه اجرا شود.

- تمامی ماماها و پرستاران شاغل در بخش زایمان، ریکاوری، اتاق عمل و بخش بعد از زایمان (همراه نوزاد) باید واجد گواهی احیاء بزرگسال، نوزاد و زایمان فیزیولوژیک باشد.
- بیمارستان باید در صورت تشخیص هرگونه ناهنجاری مادرزادی در دوران بارداری، هنگام زایمان یا در طی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا بخش تخصصی نوزادان یا همراهی مادر مراتب را در سامانه ثبت ناهنجاری های مادرزادی درج یا فرم مشخصات آن را به بیمارستان الزهرا(س) پست نماید.

ماده ۳: شرح مواردی که برای بیمار (مادر، جنین یا نوزاد) در خواست مشاوره و مواردی که در خواست انتقال می شود:

- مطابق جدول مشاوره و انتقال فصل ۶

ماده ۴: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به وضع مخاطره آمیز مراجعه کننده، نیاز به انتقال به بیمارستان دیگر وجود دارد:

- حاملگی با سن حاملگی کمتر از ۳۶ هفته.
- نوزادان دچار ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش، کلیه و مجاری ادراری باشند باید به بیمارستان کودکان فرمان فرمایان انتقال یابند.
- بیماران دارای ناهنجاری مادرزادی قلبی به بیمارستان شهید مدنی انتقال می یابند.
- بیماران دچار ناهنجاری مادرزادی سیستم عصبی مرکزی به بیمارستان امام رضا(ع) ارجاع داده می شوند.

ماده ۵: شرایط، وضعیت و بیماریهایی که با توجه به امکانات این مرکز، درگام اول، نیاز به انتقال ندارد اما باید اقدام به مشاوره با سطوح بالاتر گردد:

- نوزادان با وزن تولد بین ۱۷۵۰ الی ۲۰۰۰ گرم که در ۴ ساعت اول تولد نیاز به اکسیژن نداشته و وضعیت بالینی آن پایدار می باشد.
- نوزادان با وزن تولد بین ۲۰۰۰ به بالاتر گرم که در ۴ ساعت بدو تولد نیاز به اکسیژن داشته و دیسترس تنفسی با نمره تنفسی ACORN کمتر از ۵ داشته و علائم بالینی وی پایدار بوده و تشخیص بالینی تاکی پنه گذرای بارداری برای وی مطرح باشد، توصیه می شود با استاد معین مشاوره صورت گیرد.

ماده ۶: برنامه " دریافت خدمات مشاوره ای " مادران و نوزادان این مرکز با مراکز سطح بالاتر:

- برای مشاوره در مورد مادر و جنین با شماره تلفن ***** استاد معین پری ناتال مقیم یا آنکال بیمارستان الزهرا(س) تماس صورت می گیرد.
- برای مشاوره در مورد مشکلات نوزادان با شماره تلفن ***** استاد معین فوق تخصص نوزادان مقیم یا آنکال بیمارستان الزهرا(س) تماس صورت می گیرد.

- تمامی مکالمات انجام شده از طریق این شماره ها ضبط شده و در موارد اختلاف و پیگیری قضایی مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۷: برنامه های آموزش مداوم حرف پزشکی و پیراپزشکی در این مرکز و چگونگی همکاری بین این مرکز و مراکز سطح پایین تر، برای اجرای آنها:

- این بیمارستان الزاماً باید با بیمارستان الزهرا(س) در خصوص توسعه آموزش سلامت پری ناتال مطابق با آیین نامه مربوطه (ضمیمه ۹) همکاری نماید.

ماده ۸: حضور این مرکز در کمیته مرگ و میر منطقه:

- حضور رئیس یا پزشکان بیمارستان بر اساس درخواست کمیته مرگ پری ناتال می باشد.

ماده ۹: پیگیری های بعد از ترخیص:

- بیمارستان باید یک شماره تلفن مستقیم برای مشاوره شیر مادر، سوال در مورد مشکلات نوزادی و مسائل مادر برای نوزادان سالم مرخص شده و مادران آنها فراهم نماید.

ماده ۱۰: برنامه پایش، ارزشیابی و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در سطح منطقه آذربایجان شرقی:

- بیمارستان موظف است داده های مندرج در ضمیمه ۱۰ را توسط HIS به فرمت EXELL جمع آوری کرده و به بیمارستان الزهرا(س) ارسال نماید یا داده های خروجی سامانه کامپیوتری خود را با شبکه بین بیمارستانی متصل نماید.