



دبیرخانه تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه خدمات

شناسنامه و استاندارد خرید را، بپردی بیمه ای

سونوگرافی کالر داپلر رحم و تخمدان از طریق واژینال

تدوین کنندگان:

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

با همکاری:

سازمان بیمه تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، نیروهای مسلح و بیمه سلامت ایران

بسمه تعالی

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

سونوگرافی کالرداپلر رحم و تخمدان از طریق واژینال

کد ملی: ۷۰۱۸۰۵

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

یکی از کاربردهای مهم اصلی تکنیک سونوگرافی مجهز به داپلر لگنی عروق، بررسی جریان خون عروق تخمدانی جهت رد تورشن تخمدان است.

ج) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی :

بیمار مبتلا به علائم پیچ خوردگی تخمدان

ج-۱) تعداد دفعات مورد نیاز:

۲-۳ بار بر حسب علائم بیمار برای هر تخمدان (در مورد پیچ خوردگی تخمدان) در صورت شک به تورشن تخمدان

ج-۲) فواصل انجام:

در اسرع وقت، پس از بروز علائم و سپس تکرار آن بر حسب نیاز (حداکثر با فاصله زمانی ۴۸ ساعت)

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

(با ذکر عنوان دقیق تخصص و در صورت نیاز ذکر سوابق کاری و یا گواهی های آموزشی مصوب مورد نیاز. در صورت ذکر

دوره آموزشی باید مدت اعتبار دوره های آموزشی تا بازآموزی مجدد قید گردد):

متخصص زنان و زایمان

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

(با ذکر عنوان دقیق تخصص و در صورت نیاز ذکر سوابق کاری و یا گواهی های آموزشی مورد نیاز. در صورت ذکر دوره

آموزشی باید مدت اعتبار دوره های آموزشی تا بازآموزی مجدد قید گردد):

رادیولوژیست، پریناتولوژیست

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

| ردیف | عنوان تخصصی | تعداد مورد نیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت | میزان تحصیلات مورد نیاز | سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم | نقش در فرایند ارائه خدمت |
|------|-------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ۱ | تکنسین | ۱ نفر | دیپلم به بالا | -- | آماده سازی بیمار، تایپ گزارشات و ارائه گزارش |

(ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت: (در صورت نیاز به دو یا چند فضای مجزا با ذکر مبانی محاسباتی

مربوط به جزئیات زیر فضاها بر حسب متر مربع و یا بر حسب بیمار ذکر گردد):

حداقل یک اتاق ۶-۱۲ متری جهت گذاشتن دستگاه سونوگرافی-تخت معاینه- ضروری است و یک سالن حداقل ۱۲ متر جهت سالن انتظار و منشی

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

دستگاه سونوگرافی مجهز به داپلر رنگی واژینال

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

| ردیف | اقلام مصرفی مورد نیاز | میزان مصرف (تعداد یا نسبت) |
|------|-------------------------------------------------------|----------------------------|
| ۱ | کاغذ چاپگر | بر حسب نیاز |
| ۲ | کاغذ A4 - ژل - ملحفه یکبار مصرف - کاور استریل واژینال | |

(ی) استانداردهای گزارش (شامل مشاهده ها و اندازه گیری های ضروری)

بررسی جریان داپلر ورید و شریان هر دو تخمدان جهت بررسی پیچ خوردگی هر دو تخمدان

(ک) شواهد علمی در خصوص کنتراست اندیکاسیون های دقیق خدمت:

دوشیزگان (virgin)

(ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

حداقل ۱۰ دقیقه

منابع: AIUM-ISOUG-ACOG- ACR- Diagnostic Ultrasound/CM, Rumack 2018

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

سونوگرافی کالرداپلر رحم و تخمدان از طریق واژینال

| توضیحات | مدت زمان ارائه | توانر خدمتی | | محل ارائه خدمت | شرط تجویز | | ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت | افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز | کاربرد خدمت | | کد RVU | عنوان استاندارد |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------|-------|--------|--------------------------------------------------|
| | | فواصل انجام | تعداد دفعات مورد نیاز | | کنترل اندیکاسیون | اندیکاسیون | | | سرپایی | بستری | | |
| گزارش سونوگرافی شامل: بررسی جریان داپلر ورید و شریان هر دو تخمدان جهت بررسی پیچ خوردگی هر دو تخمدان | ۱۰ دقیقه | در اسرع وقت، پس از بروز علائم و سپس تکرار آن بر حسب نیاز (حداکثر با فاصله زمانی ۴۸ ساعت) | ۳-۲ بار بر حسب علائم بیمار برای هر تخمدان (در مورد پیچ خوردگی تخمدان) در صورت شک به تورشن تخمدان | بیمارستان و موسسه رادیولوژی | دوشیزگان (virgin) | بیمار مبتلا به علائم پیچ خوردگی تخمدان | رادیولوژیست پریناتولوژیست* | متخصص زنان و زایمان | * | * | ۷۰۱۸۰۵ | سونوگرافی کالرداپلر رحم و تخمدان از طریق واژینال |

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

*ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت در خصوص این کد رادیولوژیست ها و براساس بخشنامه معاونت درمان به شماره د ۲۳۵۴۸/۴۰۰ مورخ ۹۴/۹/۱۰ پریناتولوژیستها میباشند که خرید از پریناتولوژیستها توسط سازمان بیمه نیروهای مسلح ، و کمیته امداد صورت پذیرفته و برای سازمان بیمه سلامت پس از راه اندازی سامانه پیش تایید قابل اجرا میباشد.