



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

#### عنوان استاندارد:

ویزیت محدود اورژانس

#### به سفارش:

اداره استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

خرداد ماه ۱۳۹۴

#### تدوین کنندگان:

نام و نام خانوادگی	سمت
علی بیداری	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر هیات بورد طب اورژانس
نادر توکلی	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر انجمن علمی طب اورژانس
علی ارحمی دولت آبادی	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیات بورد طب اورژانس
حسن واعظی	رئیس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت
سهیل صالحی	مدیر گروه طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی جیرفت
بابک معصومی	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

#### ناظران ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مجید داوری، دکتر آرمان زندی، دکتر آرمین شیروانی، مجید حسن قمی، دکتر عطیه صباغیان پی رو،

مینا نجاتی، دکتر مریم خیری، دکتر بیتا لشکری



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

توسعه جوامع و گسترش نظام های صنعتی در جهان، خصوصاً در دو سده اخیر و نیز توسعه ارتباطات و مبادلات تجاری موجب گردید که تقریباً تمام کشورهای جهان به منظور درک و برآورد شدن نیازها، به تدوین استاندارد و توسعه آن روی آورند. نیاز به تدوین استانداردها باعث شد تا همگان به ضرورت یک مرجع برای تدوین استانداردها، پی ببرند. در نظام های سلامت نیز مهمترین هدف نظام ارائه خدمات سلامت، تولید و ارائه محصولی به نام سلامتی است که ارائه مناسب و با کیفیت این محصول، نیازمند تدوین و به کارگیری شاخص و سنجه هایی برای تضمین ارتقای کیفیت خدمات در درازمدت می باشد.

اندازه گیری کیفیت برای جلب اطمینان و حصول رضایت آحاد جامعه، قضاوت در زمینه عملکردها، تامین و مدیریت مصرف منابع محدود، نیازمند تدوین چنین استانداردهایی می باشد. استانداردها همچنین به سیاستگذاران نیز کمک خواهد نمود تا به طور نظام مند به توسعه و پایش خدمات اقدام نموده و از این طریق، آنان را به اهدافی که از ارائه خدمات و مراقبت های سلامت دارند، ناقل و به نیازهای مردم و جامعه پاسخ دهند. علاوه بر تدوین استانداردها، نظارت بر رعایت این استانداردها نیز حائز اهمیت می باشد و می تواند موجب افزایش رضایتمندی بیماران و افزایش کیفیت و بهره وری نظام ارائه خدمات سلامت گردد. طراحی و تدوین استانداردهای مناسب برای خدمات سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین در بخش سلامت، به شمار می آید. اکنون در کشورمان، نیاز به وجود و برقراری استانداردهای ملی در بخش سلامت، به خوبی شناخته شده و با رویکردی نظام مند و مبتنی بر بهترین شواهد، تدوین شده است.

در پایان جا دارد تا از همکاری های بی دریغ سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، انجمن های علمی، تخصصی مربوطه، اعضای محترم هیات علمی در دانشگاه های علوم پزشکی، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سایر همکاران در معاونت های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که نقش موثری در تدوین استانداردهای ملی در خدمات سلامت داشته اند، تقدیر و تشکر نمایم.

انتظار می رود استانداردهای تدوین شده توسط دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت مورد عنایت تمامی نهادها و مراجع مخاطب قرار گرفته و به عنوان معیار عملکرد و محک فعالیت های آنان در نظام ارائه خدمات سلامت شناخته شود.

امید است اهداف متعالی نظام سلامت کشورمان در پرتو گام نهادن در این مسیر، به نحوی شایسته محقق گردد.

**دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی**

**وزیر**



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

انجام درست کارهای درست، متناسب با ارزش ها، مقتضیات و شرایط بومی کشور، رویکردی است که بدون شک سبب ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت می گردد. از الزامات اصلی تحقق چنین اهدافی، وجود استانداردهایی مدون می باشد. استانداردهای مبتنی بر شواهد، عبارات نظام مندی هستند که سطح قابل انتظاری از مراقبت ها یا عملکرد را نشان می دهند. استانداردها چارچوب هایی را برای قضاوت در خصوص کیفیت و ارزیابی عملکرد ارائه کنندگان، افزایش پاسخگویی، تامین رضایت بیماران و جامعه و ارتقای پیامدهای سلامت، فراهم می کنند. بنابراین، ضرورت دارد تا به عنوان بخشی از نظام ارائه خدمات، توسعه یابند.

علی رغم مزایای فراوان وجود استانداردهای ملی و تاکید فراوانی که بر تدوین چنین استانداردهایی برای خدمات و مراقبت های سلامت در قوانین جاری کشور شده و اقدامات پراکنده ای که در بخش های مختلف نظام سلامت کشور صورت گرفته است؛ تا کنون چارچوب مشخصی برای تدوین استاندارد خدمات و مراقبت های سلامت در کشور وجود نداشته است.

با اقداماتی که از سال ۱۳۸۸ در دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفته، بستر و فرایند منظم و مدونی برای تدوین چنین استانداردهایی در سطح ملی، فراهم آمده است.

استانداردهای تدوینی پیش رو منطبق بر بهترین شواهد در دسترس و با همکاری تیم های چندتخصصی و با رویکردی علمی تدوین شده است. کلیه عباراتی که در این استانداردها، به کار گرفته شده است، مبتنی بر شواهد می باشد. امید است که با همکاری کلیه نهادها، زمینه اجرای چنین استانداردهایی، فراهم گردد.

لازم می دانم از همکاری های شایسته همکاران محترم در معاونت آموزشی، دفاتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی و کلیه همکاران در دفتر ارزیابی فناوری تدوین استاندارد و تعرفه سلامت که تلاش های پیگیر ایشان نقش بسزایی در تدوین این استانداردها داشته است، تقدیر و تشکر نمایم.

**دکتر محمد حاجی آقاجانی**

**معاون درمان**



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

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

عنوان فارسی: ویزیت محدود اورژانس

عنوان لاتین: Limited Emergency visit

ویزیت محدود اورژانس در کتاب (Current Procedural Terminology 2012) با کد بین المللی ۹۹۲۸۲-۹۹۲۸۳ و در کتاب تعرفه های خدمات بهداشتی، درمانی (کالیفرنیا) با کد بین المللی ۹۰۵۱۰ و در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت (سال ۱۳۹۳ و اصلاحات بعدی آن) با کد ملی ۹۰۱۹۴۸ ثبت گردیده است.

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

ویزیت محدود اورژانس در بخش اورژانس برای ارزیابی و اداره یک بیمار با درجه پایینی از پیچیدگی انجام می شود که شامل سه جزء زیر است:

۱) شرح حال متمرکز و محدود در مورد مشکل بیمار؛

۲) معاینه متمرکز و محدود در مورد مشکل بیمار؛

۳) تصمیم گیری پزشکی با درجه پایین یا متوسط از پیچیدگی.

مراحل انجام خدمت:

۱) انجام تریاژ بیمار (preoperation)

توضیح: تریاژ به شیوه ۵ سطحی ESI میباشد که سطح یک تریاژ بدحال ترین بیمار با فوریت زیاد و سطح پنج تریاژ، بیماران سرپایی با فوریت کم میباشد.

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



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

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

شریانی (preoperation)

۴) اخذ شرح حال مبتنی بر مشکل بیمار و تاریخچه بیمار (operation)

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

۶) تصمیم گیری پزشکی با درجه پایینی از پیچیدگی (operation)

۷) مکتوب کردن خلاصه شرح حال و معاینه فیزیکی محدود به مشکل بیمار در پرونده بیمار (postoperation)

۸) مکتوب کردن دستورات پزشکی در پرونده بیمار (postoperation)

توضیح: اقدامات (preoperation) میتواند توسط واحد تریاژ انجام گیرد و پیش نیاز انجام خدمت میباشد ولی جزء

خدمت نمیشود.

▪ منابع:

1) Madara JL and colleagues, (201۵). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association: 22-23,679-680,716-717.

۲) معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵)، تعرفه های خدمات تشخیصی

درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا): صفحه ۲۳.

باعنایت به قانون اساسی و لزوم دسترسی عموم به خدمات بهداشتی درمانی با توجه به اهمیت بررسی و درمان

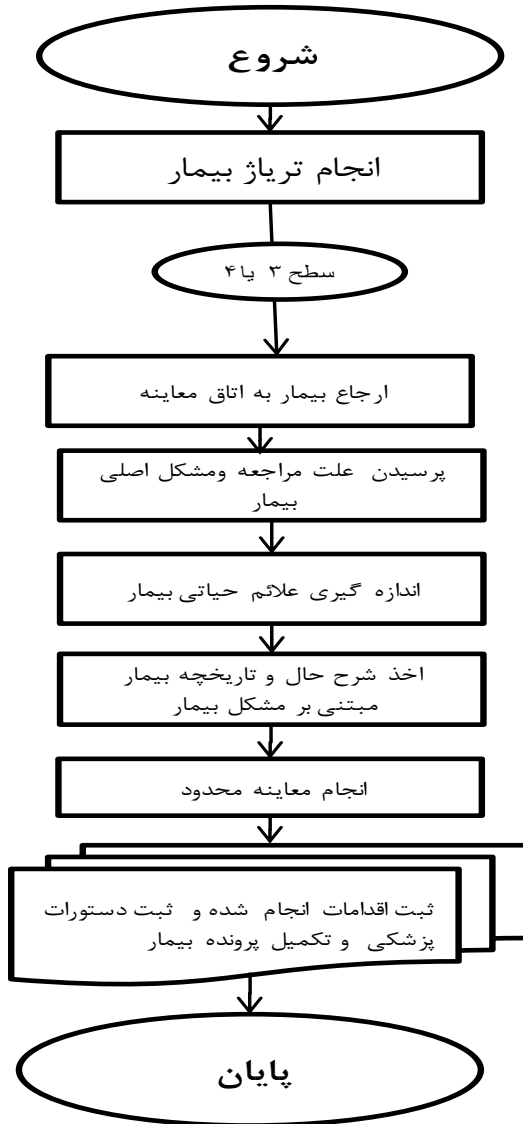
سریع بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستانها توصیه به انجام این خدمت و راه اندازی طب اورژانس تخصصی

در کلیه اورژانسهای کشور می گردد.

## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

#### ج) طراحی گام به گام فلوجارت ارائه خدمت:





## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

#### (د) 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):

#### -استاندارد تجویز:

- ۱) این ویزیت به تمام بیماران سطح چهار (بستری و سرپایی) و سطح سه که پرونده بستری موقت (زیر ۶ ساعت) یا سرپایی اورژانس تشکیل داده اند و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند، تعلق می گیرد .
- ۲) این خدمت به صورت خدمتی مجزا و مستقل از سایر خدمات بوده و به عنوان مثال کدهای لوله گذاری داخل تراشه، NGT، ECG، RSI، FAST (صرفاً در بیماران ترومایی)، ABG، احیای قلبی-ریوی، پالس اکسیمتری و مونیتورینگ قلبی، شوک قلبی، تنظیم و وصل کردن بیمار به ونتیلاتور و اداره ونتیلاسیون، تعبیه cv line، بخیه و سایر خدمات بصورت جدا گانه از این کد قابل گزارش و پرداخت می باشد.
- ۳) به بیماران سطح ۳ که بستری شده اند با توجه به نیاز به شرح حال و معاینه کامل، ویزیت جامع اورژانس تعلق میگیرد.

#### -افراد صاحب صلاحیت برای درخواست خدمت:

- ۱) کلیه پزشکان (حد اقل دارای مدرک پزشکی عمومی)
- ۲) پرستار تریاژ کننده بیمار
- ۳) توسط متخصصین طب اورژانس بصورت اولیه



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

#### 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):

این خدمت بطور اختصاصی توسط متخصصین و فوق تخصصها و فلوشیپهای طب اورژانس که حداقل دوره تخصصی طب اورژانس را گذرانده اند انجام میگردد و ارزش آن تنها برای ایشان قابل گزارش و پرداخت است.

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

نیازی به اجرای خدمت بصورت تیم وجود ندارد ولی اقدامات preoperation مذکور در "مراحل انجام خدمت" به عنوان پیش نیاز توسط واحد تریاژ با شرایط و استاندارد های مصوب وزارت بهداشت انجام خواهد گرفت.

#### 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 و یا تخت ذکر گردد):

ویزیت محدود اورژانس در بخش اورژانس بیمارستان یا سایر مراکز درمانی طبق استانداردهای وزارت بهداشت و توسط متخصص طب اورژانس انجام می گیرد و ممکن است در اتاق معاینه بخش اورژانس یا بر روی تخت بیمار یا در واحد درمان سرپایی (Fast Track) با حفظ شرایط محرمانگی انجام پذیرد.



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

**ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای (و یا اقلام اداری) اداری و به ازای هر خدمت: ( ذکر مبانی محاسباتی تجهیزات مورد**

**نیاز بر حسب بیمار و یا تخت):**

ردیف	عنوان تجهیزات	انواع مارک های واجد شرایط	شناسه فنی	کاربرد در فرایند ارائه خدمت	متوسط عمر مفید تجهیزات	تعداد خدمات قابل ارائه در واحد زمان	متوسط زمان کاربری به ازای هر خدمت	امکان استفاده همزمان جهت ارائه خدمات مشابه و یا سایر خدمات
۱	گوشی پزشکی	Littman Welch allyn Alpk2 وسایر مدل های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه	-
۲	چکش رفلکس	مدلهای استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه	-
۳	فشار سنج پزشکی بزرگسالان و اطفال	Welch allyn Alpk2 وسایر مدل های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه	-
۴	دیا پازن	مدلهای استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه	-
۵	اسپکولوم	مدلهای استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع واژینال	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۳ دقیقه	-
۶	دماسنج پزشکی	مدلهای استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۷ دقیقه	-

## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

-			نگهداری و میزان استفاده دارد			مورد تایید وزارت بهداشت		
-	تا ۲ دقیقه	۱	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	وسیله معاینه	تمامی انواع پزشکی	مدلهای استاندارد بانور متمرکز ( Pen Light) و مورد تایید وزارت بهداشت	چراغ قوه	۷
-	تا ۵ دقیقه	۱	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	وسیله معاینه	تمامی انواع پزشکی	متر و خط کش در مدلهای استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	وسیله اندازه گیری	۸
-	تا ۱۰ دقیقه	۱	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	وسیله معاینه	تمامی انواع	Welch allyn Hine و سایر مدلهای استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	افتالمو سکوپ	۹
-	تا ۵ دقیقه	۱	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	وسیله معاینه	تمامی انواع	Welch allyn Hine و سایر مدلهای استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	اتوسکوپ	۱۰

**توضیح:** پزشک معالج بنا بر شرح حال بیمار میتواند از هر کدام از وسایل فوق جهت معاینه بیمار استفاده نماید.

**منابع:**

1) Lynn S. Bickley , 2009, Bates' Guide to Physical Examination and History Taking.

(۲) مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳، استاندارد تجهیزات اورژانس بیمارستانی

## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

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

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)	مدل / مارک های واجد شرایط (تولید داخل و خارج)
۱	دستکش یکبار مصرف معاینه	یک جفت	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۲	آبسلانگ	یک تا دو عدد	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت
۳	ژل لوبریکانت	5cc	انواع مدل‌های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت

#### ی) عنوان خدمات درمانی و تشخیص طبی و تصویری جهت ارائه هر واحد خدمت: (به تفکیک قبل، بعد و حین ارائه

خدمت مربوطه در قالب تأیید شواهد جهت تجویز خدمت و یا پایش نتایج اقدامات):

جهت انجام این خدمت، نیازی به هیچ خدمت تشخیصی و درمانی و تصویر برداری نیست و تنها مبتنی بر شرح حال و معاینه فیزیکی میباشد. (توضیح اینکه بعد از ویزیت محدود اورژانس و در دستورات پزشک ممکن است هرگونه درخواست خدمات تشخیصی و درمانی توسط پزشک صورت پذیرد).

#### ک) ویزیت یا مشاوره های لازم جهت هر واحد خدمت: (سرپایی و بستری):

جهت انجام این خدمت، نیازی به ویزیت و مشاوره های دیگر نمی باشد. (توضیح اینکه بعد از انجام ویزیت محدود اورژانس و در دستورات پزشک ممکن است ویزیت سایر سرویسها درخواست گردد).



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت: (ذکر جزئیات مربوط به ضوابط پاراکلینیکی و بالینی مبتنی بر شواهد و نیز تعداد مواردی که ارائه این خدمت در یک بیمار، اندیکاسیون دارد):  
این ویزیت به تمام بیماران سطح چهار (بستری و سرپایی) و سطح سه که پرونده بستری موقت (زیر ۶ ساعت) یا سرپایی اورژانس تشکیل داده اند و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند، تعلق می گیرد.

• منابع:

1) Madara JL and colleagues, (2015). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association: 22-23,679-680,716-717.

۲) معاونت درمان و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹، کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت: کدهای تعدیلی ۵۹ و ۲۵

۳) معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵)، تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا): صفحه ۲۳.

م) دامنه نتایج مورد انتظار، در صورت رعایت اندیکاسیون های مذکور: (ذکر دقیق جزئیات مربوط به علائم پاراکلینیکی و بالینی بیماران و مبتنی بر شواهد):

انجام این خدمت توسط متخصص ذیصلاح باعث کشف سریعتر علت مشکل بیمار و درمان بهتر و سریعتر آن و در نهایت باعث کاهش مشاوره های غیرضروری و کاهش میزان بستری در بخش ها و در نهایت کاهش هزینه های کلی و افزایش رضایتمندی میگردد و انجام این خدمت هیچگونه عارضه ای برای بیمار ندارد.

ن) شواهد علمی در خصوص کنترل اندیکاسیون های دقیق خدمت (ذکر جزئیات مربوط به ضوابط پاراکلینیکی و بالینی و

مبتنی بر شواهد):



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

۱) این خدمت فقط مربوط به بیماران سطح سه یا چهار تریاژ ESI میباشد و جهت بیماران با سطح ۵ تریاژ انجام این خدمت غیر ضروری میباشد و انجام این خدمت برای بیماران با سطح یک یا دو تریاژ ESI غیر دقیق بوده و میتواند درصد خطای بالایی داشته باشد.

۲) کنتراندیکا سیونی (منع ارائه) برای این خدمت وجود ندارد.

### منابع:

- 1) Madara JL and colleagues, (2015). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association: Page: 22-23, 679-680, 716-717.
- 2) Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (2014). Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Elsevier Saunders.
- 3) Judith E. Tintinalli, J. Stephen Stapczynski, O. John Ma, David M. Cline, Rita K. Cydulka, Garth D. Meckler, The American College of Emergency Physicians (2011), Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7th Edition, McGraw-Hill.
- 4) Lynn S. Bickley, 2009, Bates' Guide to Physical Examination and History Taking.
- ۵) معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵). تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا).
- ۶) معاونت درمان و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹، کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت.
- ۷) معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، (سال ۱۳۹۳ و اصلاحات بعدی آن) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت.
- ۸) مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، استاندارد تجهیزات اورژانس بیمارستانی.

## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

#### س) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

باتوجه به ماهیت کاری بخش اورژانس و تنوع و تعداد مراجعات متعدد بیماران در این بخش، لذا زمان ویزیت به عنوان یک فاکتور تعیین کننده در ویزیت محدود اورژانس مطرح نمی باشد. بنابراین تخمین دقیق زمان صرف شده به صورت برخورد رو در روی پزشک با بیمار در بخش اورژانس اغلب دشوار می باشد. (۱)

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	طب اورژانس	دکترای تخصصی	متغیر و متناسب با تعداد و تنوع و وخامت حال بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس	پزشک در هر سه قسمت مشارکت مستقیم دارد

#### ع) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه: (مبتنی بر شواهد):

این خدمت معمولا در بدو ورود بیمار بصورت اولیه یا بصورت ثانویه بر اساس درخواست خدمت توسط از فرد ذیصلاح و توسط پزشک متخصص طب اورژانس صورت می گیرد و ارزش این خدمت در بیماران با پرونده بستری موقت اورژانس که کمتر از ۶ ساعت در اورژانس تحت نظر باشند قابل گزارش و پرداخت است (در صورتی که واجد شرایط بند (ل) و بند (د) باشد).

#### ف) حقوق اختصاصی بیماران مرتبط با خدمت:

باعنایت به اهمیت بررسی دقیق و تخصصی بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستانها و مراکز درمانی، لازم است انجام ویزیت محدود اورژانس توسط پزشک متخصص طب اورژانس صورت گیرد.

#### ص) چه خدمات جایگزینی (آلترناتیو) برای خدمت مورد بررسی، در کشورمان وجود دارد:

## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

انجام مشاوره های تخصصی پزشکی

#### ق) مقایسه تحلیلی خدمت مورد بررسی نسبت به خدمات جایگزین:

۱) با توجه به اینکه انجام ارزش مشاوره تخصصی برای بیماران بستری (کد ۹۰۱۹۴۰) ۵,۵ k می باشد. بنابراین در صورتی که به جای ویزیت محدود اورژانس توسط متخصص طب اورژانس، مشاوره تخصصی درخواست شود با توجه به اینکه ارزش ویزیت محدود اورژانس (کد ۹۰۱۹۴۸) ۲,۸ k است بنابراین در صورت تایید درخواست این خدمت هزینه ها کاهش پیدا خواهد کرد (۶).

۲) وجود متخصص طب اورژانس و انجام ویزیت توسط ایشان می تواند با تشخیص و درمان به موقع مدت زمان انتظار و مدت زمان بستری بیماران را کاهش و با تعیین تکلیف سریعتر، میزان رضایت مندی را نیز ارتقاء بخشید. (۷).

۳) مطالعات نشان داده است که در اداره بیماران ترومایی و تفسیرهای رادیولوژیک و ECG دقت و اثربخشی متخصصین طب اورژانس با سایر متخصصین مشابه یا بیشتر است. (۸ و ۹).

۴) به نظر میرسد که با حضور متخصصین طب اورژانس در سیستم درمانی، خدمت رسانی به بیماران اورژانس وضعیت مطلوب تری پیدا میکند و زمان انتظار برای دسترسی به خدمات کاهش می یابد. در ضمن با کاهش زمان انتظار بیماران و تعیین تکلیف به موقع آنها تخت های بیشتری جهت پذیرش های آینده در دسترس قرار می گیرد. این مساله افزایش سهولت و کیفیت خدمت رسانی و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیماران می شود. (۹).

۵) با توجه به دسترسی سریع به متخصص طب اورژانس و تخصص لازم، نیاز به بستری و درخواست مشاوره تخصصی برای بیماران کاهش میابد (۹).

ردیف	خدمات جایگزین	میزان دقت نسبت به خدمت مورد بررسی	میزان اثربخشی نسبت به خدمت مورد بررسی	میزان ایمنی نسبت به خدمت مورد بررسی	میزان هزینه - اثربخشی نسبت به خدمت مربوطه (در صورت امکان)	سهولت (راحتی) برای بیماران نسبت به خدمت مربوطه	میزان ارتقاء امید به زندگی و یا کیفیت زندگی نسبت به خدمت مورد بررسی
۱	مشاوره تخصصی پزشکی	به علت بررسی بیمار بصورت جزء به جزء و جداگانه دقت کمتری دارد	در نهایت اثر بخشی کمتری داشته و حتی می تواند تهدید کننده حیات باشد	ایمنی کمتری دارد	پر هزینه است	وقت گیر است	بسیار کمتر



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

منابع:

- 1) Madara JL and colleagues, (2015). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association. Page:22-23,679-680,716-717.
- 2) Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (2014). Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Elsevier Saunders.
- 3) Judith E. Tintinalli, J. Stephen Stapczynski, O. John Ma, David M. Cline, Rita K. Cydulka, Garth D. Meckler, The American College of Emergency Physicians (2011), Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7th Edition, McGraw-Hill.
- 4) Gautam V. (2009). International Perspective from the United Kingdom on "Surgeons' and Emergency Physicians' Perceptions of Trauma Management and Training", West J Emerg Med. 2009 Aug; 10(3): 150-151.
- 5) معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵). تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا).
- 6) معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۳) و اصلاحات بعدی آن. کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران صفحات ۳-۵۴۲
- 7) یوسف زاده چابک ش و همکاران، ۱۳۸۸، ترخیص بیماران قبل و بعد از استقرار متخصص طب اورژانس، مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۴، شماره ۷۱، صفحات ۷۰-۶۴.
- 8) شاکر ح. قنبرفروشانی ح. اقدام ح. میرافضل، الف. رضایی م: بررسی میزان توافق تفسیر سیتی اسکن مغز در بیماران ترومای سر توسط گروه طب اورژانس با گروه رادیولوژی. طب انتظامی: سال اول، شماره ۱، تابستان ۹۱، صفحات ۴۷-۵۱.
- 9) اسدی پ، منصف کسمائی و، زهره وندی ب، ضیاء ضیابری س م، بیک زاده مرزبانی ب: وضعیت تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس بیمارستان پورسینای رشت قبل و بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس. مجله طب اورژانس ایران: دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۱۳۱؛ صفحه ۸۲-۱۱





## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

**در نهایت، اولویت خدمت با توجه به سایر جایگزین ها، چگونه می باشد؟ (با ذکر مزایا و معایب مذکور از دیدگاه بیماران (End User) و دیدگاه حاکمیتی نظام سلامت):**

نظر به اینکه متخصصین طب اورژانس حضور فعال در اورژانس داشته و با انجام ویزیت تخصصی در اورژانس بیمار را بررسی کرده و با توجه به مهارت لازم در حیطه های مختلف حتی المقدور بدون نیاز به مشاوره با سایر متخصصین مراحل تشخیصی و درمانی بیمار را انجام می دهند، لذا از نظر زمانی بسیار صرفه جویی شده و موجب افزایش روند تریخیص بیماران و کاهش مشاوره های غیرضروری و کاهش میزان بستری در بخش ها و ضریب اشغال تخت و در نهایت کاهش هزینه های کلی می شود و میزان رضایتمندی بیماران بسیار بیشتر خواهد بود و از طرفی باعث میشود اقدامات تشخیصی و درمانی در اسرع وقت و بر بالین بیمار آغاز گردد.

#### ▪ منابع :

1) Madara JL and colleagues, (2015). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association. Page:22-23,679-680,716-717.

2) Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (2014). Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Elsevier Saunders.

3) Judith E. Tintinalli, J. Stephan Stapczynski, O. John Ma, David M. Cline, Rita K. Cydulka, Garth D. Meckler, The American College of Emergency Physicians (2011), Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7th Edition, McGraw-Hill.

4) Bates' Guide to Physical Examination and History Taking 2009.

5) Gautam V. (2009). International Perspective from the United Kingdom on "Surgeons' and Emergency Physicians' Perceptions of Trauma Management and Training", West J Emerg Med. 2009 Aug; 10(3): 150-151.

۶) معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۵)، تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز درمانی بهداشتی (موسوم به کالیفرنیا).

۷) معاونت درمان و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹، کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت.

۸) معاونت امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۹۳ و اصلاحات بعدی آن، کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت.

۹) مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، استاندارد تجهیزات اورژانس بیمارستانی.



## معاونت درمان

### کارگروه تدوین شناسنامه و استاندارد خدمات

۱۰) یوسف زاده چابک ش و همکاران، ۱۳۸۸، ترخیص بیماران قبل و بعد از استقرار متخصص طب اورژانس، مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۴، شماره ۷۱، صفحات ۷۰-۶۴.

۱۱) شاکر ح. قنبرفروشانی ح. اقدام ح. میرافضل، الف. رضایی م: بررسی میزان توافق تفسیر سیتی اسکن مغز در بیماران ترومای سر توسط گروه طب اورژانس با گروه رادیولوژی. طب انتظامی: سال اول، شماره ۱، تابستان ۹۱، صفحات ۴۷ - ۵۱.

۱۲) اسدی پ، منصف کسمائی و، زهره وندی ب، ضیاء ضیابری س م، بیک زاده مرزبانی ب: وضعیت تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس بیمارستان پورسینای رشت قبل و بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس. مجله طب اورژانس ایران: دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۱؛ صفحه ۸۲-۱۱.