



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

مراقبت روتین مامایی، شامل قبل از زایمان، زایمان سزارین

و مراقبت بعد از سزارین

دی ۱۳۹۷

تنظیم و تدوین:

- دکتر اشرف آل یاسین، دبیر بورد رشته تخصصی زنان و زایمان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر اعظم السادات موسوی، رئیس انجمن متخصصین زنان و مامایی ایران
- دکتر صدیقه حنطوش زاده، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر صدیقه برنا، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر لاله اسلامیان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مریم کاشانیان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر ریحانه پیرجانی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر نسرین چنگیزی، سرپرست اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس وزارت بهداشت
- دکتر ابوالفضل مهدیزاده، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر مریم مکانیک، نماینده انجمن متخصصین زنان و مامایی ایران

تحت نظارت فنی:

اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

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

مراقبت روتین مامایی، شامل قبل از زایمان، زایمان سزارین و مراقبت بعد از سزارین

کد ملی: ۵۰۲۱۷۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

به دنیا آوردن جنین از طریق ایجاد انسزیونهای در دیواره شکم (لاپاراتومی) و دیواره رحم (هیستروتومی) را زایمان سزارین گویند. سزارین بعد از زایمان طبیعی روش دیگر ختم بارداری است و هنگامی انجام می شود که پزشک تشخیص می دهد این نوع ختم بارداری برای حفظ سلامت مادر و جنین ضرورت دارد.

در زایمان به روش سزارین:

- کلیه مراکز درمانی و بیمارستانهای دارای بخش زایمان موظفند وسایل کمک زایمان مانند واکيوم را با کیفیت مطلوب در دسترس بخش زایمان قرار دهند.
- سن حاملگی برای سزارین برنامه ریزی شده ۳۹ هفته تمام است مگر اینکه با اندیکاسیونی مادری یا جنینی زودتر بر اساس پروتکل کشوری انجام شود. سن بارداری بر اساس سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه شود در صورت نبودن سونوگرافی فوق بایستی بر اساس اندیکاسیون ختم بارداری یا شروع علائم لیبر اقدام به سزارین نمود.
- تبصره: در صورتی که مادر سزارین تکراری ۳ و ۴ باشد توصیه می شود در هفته ۳۷ بارداری سونوگرافی واژینال برای اندازه گیری طول سرویکس انجام شود. در صورت اندازه طول سرویکس کمتر از ۲۵ میلی متر ختم بارداری در هفته ۳۷ انجام شود.
- بیمارستان باید در مدت کمتر از ۳۰ دقیقه اقدامات لازم برای انجام سزارین اورژانس را فراهم کند.
- بیمارستانها موظفند حداقل پنج رشته تخصصی و متخصص مربوطه در زمینه های داخلی، جراحی، زنان، اطفال و بیهوشی را دارا باشند. (منطبق بر نظام سطح بندی خدمات پریناتال)

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

• اقدامات و ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

- از ۸ ساعت قبل از سزارین برنامه ریزی شده، دریافت مواد خوراکی متوقف شود.
- یک آزمایش CBC پایه برای مادر کاندید سزارین درخواست شود. (در مواردیکه مادر در یک ماه گذشته یک آزمایش CBC بدون مشکل و نرمال داشته است؛ نیازی به تکرار تست نیست).

- برای کاهش خطر عفونت پس از سزارین، یک دوز آنتی بیوتیک (سفازولین) ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از سزارین (قبل از برش) به همه مادران کاندید سزارین تزریق شود.
 - در صورتیکه وزن مادر کمتر از ۸۰ کیلوگرم است سفازولین یک گرم
 - وزن مساوی یا بیشتر از ۸۰ کیلوگرم، سفازولین ۲ گرم
 - و در صورت وزن بالای ۱۲۰ کیلوگرم، سفازولین ۳ گرم تجویز شود.
- در موارد حساسیت به پنی سیلین درمان ترکیبی مترونیدازول (۵۰۰ میلی گرم) همراه با کلیندامایسین (۶۰۰ میلی گرم) یا جنتامایسین (۱/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) (وریدی یا ونکومایسین ۱ گرم وریدی به مدت اساعت پوشش کافی را فراهم خواهد نمود.
- در مورد مادرانیکه آنتی بیوتیک از قبل دریافت می کردند و در حال درمان هستند داروی جدیدی اضافه نمی شود. به مدت زمان تزریق قبل بستگی دارد.
- در صورت مشخص نبودن گروه خون، نمونه خون برای تعیین گروه خون و ارهانش ارسال شود .
- برای پروفیلاکسی از ترومبوآمبولی بررسی ریسک مطابق پروتکل کشوری انجام شود.
- قبل از شروع سزارین تعداد ضربان قلب جنین چک شود و در پرونده ثبت گردد.
- قبل از شروع سزارین، کاتتر فولی مثانه گذاشته شود . حجم ادرار دقیقاً اندازه گیری شود.
- شیو کردن بلافاصله قبل از عمل توصیه نمی شود .در محل برش کوتاه کردن موهای زاید توصیه می شود و در مواردیکه تمایل به از بین بردن کامل مو می باشد استفاده از کرم موبر بهتر از تیغ است.
- پرپ و درپ پوست جدار شکم انجام شود. از کلر هگزیدین الکلی یا محلول پویدون آیدون استفاده کنید. کلر هگزیدین ارجحیت دارد.
- نیازی به شستشوی واژن نیست. در موارد پارگی کیسه آب و تعدد معاینه واژینال حین لیبر و سزارین حین لیبر شستشوی واژن لازم است.
- برای کاهش فشار روی آنورتوکاوال، رحم حداقل ۱۵ درجه به سمت چپ بوسیله یک بالش کوچک یا پتوی رول شده یا تخت عمل ۱۵ درجه به چپ متمایل شود.
- قبل از شروع عمل لازم است چک لیست ایمنی بیمار قبل از عمل تکمیل شود.

• اقدامات و ارزیابی حین انجام پروسیجر

○ بیهوشی:

- ویزیت بیماران سزارینی در اتاق عمل جهت انتخاب نوع بیهوشی با توجه به شرایط سزارین با تاکید بر حفظ سلامت مادر و جنین الزامی است. با ورود مادر پرخطر به لیبر مشاوره بیهوشی برای انتخاب نوع بیهوشی ضروری است
- مسئولیت انتخاب نوع بیهوشی یا بی حسی در سزارین به عهده متخصص بیهوشی است که با مشورت جراح و ارزیابی و کسب رضایت بیمار تصمیم گیری می گردد.
- بی دردی منطقه ای مانند اسپینال (نخاعی) یا اپیدورال روش ارجح در سزارین است که اجازه می دهد مادر بلافاصله بعد از تولد نوزاد با او ارتباط برقرار کند.
- مراقبتهای بیهوشی قبل، حین و پس از سزارین مطابق پروتکل انجام شود.

○ تکنیکهای جراحی برای سزارین:

- پوست: برش جراحی روی شکم به دلیل درد کمتر پس از جراحی و زیبایی پوست پس از بهبود، ترجیحاً عرضی باشد.
- برش عرضی پوست (Straight Skin Incision) ۳ سانتی متر بالای سمفیز پوبیس و حداقل میزان برش طولی پوست ۱۵ سانتی متر است.
- زیر پوست: بهتر است لایه زیر پوست به آرامی و با انگشتان باز شود.
- استفاده از چاقوهای جداگانه برای برش پوست و لایه های عمیق تر پیشنهاد نمی شود این کار باعث کاهش عفونت زخم نمی شود.
- فاشیا: برش جراحی کوچک با چاقوی جراحی انجام شود و سپس دو طرف با قیچی باز شود. دو طرف فاشیا را می توان با انگشت نیز به آرامی باز کرد.
- پریوتون: به منظور جلوگیری از آسیب به مثانه، روده و سایر ارگانهایی که احتمالاً به سطح زیرین چسبندگی دارند با انگشت به آرامی باز شود.
- عضله رکتوس: عضله به آرامی باز شود. برش عرضی داده نشود.
- رحم: باز کردن برش رحم هنگامیکه سگمان تحتانی تشکیل شده است، به آرامی انجام شود این عمل منجر به کاهش از دست رفتن خون، کاهش خونریزی پس از زایمان و کاهش نیاز به ترانسفیوژن خون می شود.
- ۲ درصد سزارینها، منجر به برش روی جنین می شود.
- فورسپس و وکیوم فقط در هنگام زایمان سخت سر در سزارین انجام شود و نباید روتین برای همه سزارین ها استفاده شود.

- تزریق داخل وریدی ۵ واحد اکسی توسین در هنگام سزارین به منظور تقویت انقباضات رحم و کاهش از دست رفتن خونریزی باید انجام شود.
- انفوزیون داخل وریدی ۲۰ واحد اکسی توسین به ازای هر لیتر کریستالوئید با سرعت ۱۰ میلی لیتر در دقیقه پس از تولد تزریق شود.
- برش رحم از نظر خونریزی شدید بررسی شود. نقاط خونریزی باید فوراً کلامپ شود.
- در هنگام سزارین جفت باید با کشش کنترل شده بندناف خارج شود نه دستی، اینکار منجر به کاهش اندومتریت می شود.
- در صورت انجام برش روی جفت به علت خونریزی شدید می بایست زایمان و کلامپ بند ناف در اسرع وقت انجام شود.
- توصیه می شود انسزیون رحم در دو لایه ترمیم شود. اثربخشی و ایمنی بستن یک لایه ای انسزیون رحم مگر در موارد تحقیقاتی مشخص نیست.
- پریتون احشایی جداری ترجیحاً سوچور زده نشود زیرا موجب کوتاه شدن زمان عمل، کاهش نیاز به ضد دردها و نهایتاً افزایش رضایتمندی مادر می شود.
- در موارد نادر با برش میدلاین شکم توصیه می شود کل لایه ها در یک لایه پیوسته و با نخ دیر جذب مثل ویکریل استفاده شود. استفاده از نخ دیر جذب و ترمیم در یک لایه به جای ترمیم لایه به لایه سبب کاهش میزان فتق ناحیه جراحی و بازشدگی کمتر محل بخیه ها می شود.
- سوچور زدن روتین زیر پوست توصیه نمی شود زیرا منجر به کاهش عفونت محل زخم نمی شود مگر در مواردیکه لایه چربی زیر مخاط بیش از ۲ سانتی متر باشد.
- PH شریان نافی باید بعد از سزارین جنینهای مشکوک به دیسترس Suspected Fetal Compromise (بر اساس جدول زیر) در صورت صلاحدید پزشک اندازه گیری شود تا در مراقبتهای بعدی برای نوزاد کمک کننده باشد.

عوامل پیش از زایمان	عوامل حین زایمان
دیابت مادر	سزارین اورژانس
هیپرتانسیون دوران بارداری یا مزمن	زایمان با کمک فورسپس یا وکیوم
پلی هیدر آمنیوس و اولیگو هیدر آمنیوس	زایمان بریچ یا سایر حالت های غیر عادی
هیدروپس جنین	زایمان زودرس
دیسترس جنینی	زایمان تسریع یافته
چندقلویی	کورئوآمنیونیت
عدم تناسب اندازه و سن جنین	پارگی بیش از ۱۸ ساعت پرده ها
درمان دارویی مانند لیتیوم منیزیم دارنهای بلوک کننده ادرنرژیک	زایمان طول کشیده بیش از ۱۸ ساعت

استفاده از مواد مخدر توسط مادر	طولانی شدن بیش از ۲ ساعت مرحله دوم زایمان
ناهنجاری های بدو تولد جنین	برادی کاردی طول کشیده جنین
کاهش فعالیت جنین	اشکال غیر عادی ضربان قلب جنین
	رحم هیپرتونیک
	تجویز داروهای مخدر طی ۴ ساعت پیش از زایمان
	مایع آمنیون آغشته به مکونیوم
	پرولاپس بند ناف
	جفت سرراهی
	جداشدن زودرس جفت
	خونریزی قابل توجه حین زایمان
	ماکروزومی

• اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

○ مراقبت از نوزاد حاصل از سزارین:

با توجه به اندیکاسیون ذکر شده (مادری و جنینی) نوزاد حاصل از سزارین بر اساس جدول فوق پر خطر تلقی می گردد؛ بنابراین مراقبتهای زیر توصیه می گردد.

- آمادگی و چک وسایل بر اساس چک لیست کتاب احیاء نوزادان از نظر سالم بودن و در دسترس بودن کلیه اقلام مورد نیاز برای تثبیت و احیای نوزاد قبل از زایمان ضروری است.
- برای حفاظت از نوزاد شرایط اتاق عمل جهت مراقبت از نوزاد بر اساس استاندارد مهیا باشد و درجه حرارت اتاق عمل باید بین ۲۳ الی ۲۵ درجه سانتیگراد تنظیم شود.
- حضور پزشک (دستیار کودکان سال ۲ و ۳ یا متخصص کودکان یا دستیار فوق تخصصی نوزادان یا فوق تخصص نوزادان) قبل از تولد نوزاد جهت مراقبت از نوزاد طبق تبصره ذیل در اتاق عمل جهت انجام ویزیت ضروری است.
- تبصره: بر حسب شرایط نوزاد و با اطلاع رسانی متخصص زنان و زایمان به پزشک ارشد مقیم نوزادان یا متخصص کودکان، جهت حضور یکی از پزشکان صاحب صلاحیت ذکر شده در اتاق عمل، تصمیم گیری می گردد.
- دقیقه اول تولد به عنوان دقیقه طلایی تلقی می گردد و کلیه نوزادان در پایان دقیقه اول میبایست یا تنفس خودبخودی داشته باشند یا کمکهای تنفسی لازم را دریافت کرده باشند.

➤ پس از تولد نوزاد اقدامات تثبیت و احیاء بر اساس وضعیت بالینی نوزاد انجام گرفته و تماس پوست با پوست برقرار شود و نوزاد بلافاصله باید دارای پوشش مناسب در ناحیه سر باشد. همچنین برای حفظ درجه حرارت نوزاد و تامین ارتباط نزدیکتر بین مادر و نوزاد و شروع شیردهی در ساعت اول عمر، توصیه می شود نوزاد و مادر با یک کاور پوشش داده شوند.

تبصره: بی دردی نخاعی می تواند ضامن هوشیاری کافی مادر برای شروع شیردهی باشد.

- علائم حیاتی نوزاد بر اساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه چک شود.
- بر اساس ارزیابی نوزاد و صلاحدید پزشک اطفال و اقدامات انجام شده در اتاق عمل، در مورد انتقال نوزاد به بخش Rooming in ، نوزادان یا NICU تصمیم گیری اتخاذ می شود.
- در ساعت اول تولد هیچگونه تزریق واکسن و ویتامین K و ... انجام نگردد.

○ **مراقبت در ریکاوری**

- علائم حیاتی، تون رحم، حجم ادرار و خونریزی هریک ربع در ساعت اول انجام شود
- تجویز مسکن و ۲۴ ساعت پس از سزارین:

 - شیاف دیکلو فناک یک دوز در صورت نیاز تکرار هر ۸ ساعت حداکثر ۱۵۰ میلی گرم روزانه
 - یا استامینوفن وریدی ۱ گرم هر ۶ ساعت
 - یا در صورتیکه مادر می تواند خوراکی مصرف کند استامینوفن خوراکی هر ۴-۳ ساعت یک عدد
 - یا پتیدین عضلانی ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت در صورت نیاز
 - یا KETOROLAC ۶۰ میلی گرم عضلانی تک دوز یا ۳۰ میلی گرم وریدی هر ۶ ساعت حداکثر تا ۱۲۰ میلی
 - در صورت تهوع: پرومتازین ۲۵-۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت IM یا هر ۶ ساعت وریدی

- تذکر: مصرف همه مخدرها به هر روش (تزریق عضلانی یا وریدی) منجر به تضعیف سیستم تنفسی می شوند که با افزایش دوز این احتمال افزایش می یابد. بنابراین در صورت تزریق مخدرها، بیمار می بایست مادر از نظر علائم حیاتی به طور دقیق کنترل شود و در صورت نیاز، دوز بعدی تجویز و تزریق گردد.
- بر حسب مورد بیمار ۸ تا ۲۴ ساعت پس از جراحی NPO باشد. یک تا دو نوبت اول بهتر است با رژیم غذایی آبکی یا نرم شروع شود و در صورت تحمل بیمار به رژیم غذایی معمولی تبدیل شود.
- در صورتی که وضعیت همودینامیک و برون ده ادراری بیمار مطلوب باشد، سوند فولی بیمار ۱۲ ساعت بعد از جراحی برداشته می شود.

- ۸-۱۲ ساعت پس از عمل بیمار تشویق شود تا هر از گاهی نفس های عمیق کشیده و سرفه کند و پاهای خود را در بستر به حرکت در آورد و با کمک همراه راه برود.
- بیمار روزانه و قبل از ترخیص ویزیت شود.
- صبح پس از جراحی قبل از ترخیص هموگلوبین مادر اندازه گیری شود. در صورت وجود خونریزی یا شواهد هیپوولمی زودتر اندازه گیری شود.
- صبح روز بعد از عمل در صورت نیاز به تزریق ایمونوگلوبولین آنتی D، تزریق انجام شود.
- در ارتباط با مراقبت از نوزاد، شیردهی نوزاد، مراقبت از بخیه ها، فعالیتهای معمول، علائم خطر و زمان مراجعات بعدی به مادر آموزش داده شود.
- روز پس از زایمان دوش گرفتن مانعی ندارد.

○ مراقبتها در بخش پس از سزارین

- علائم حیاتی، تون رحم، حجم ادرار و خونریزی هر یک ساعت به مدت ۴ ساعت و پس از آن هر ۴ ساعت به مدت ۲۴ ساعت بررسی و در پرونده مادر ثبت گردد.
- تجویز مسکن در واحد ریکاوری به یکی از روش های زیر:
 - مپریدین (پتیدین) داخل وریدی ۲۵ میلی گرم در صورت نیاز هر ۵ دقیقه تا ۱۰۰ میلی گرم
 - یا مرفین داخل وریدی ۱-۲ میلی گرم در صورت نیاز تکرار هر ۵ دقیقه حداکثر ۱۰-۵ میلی گرم (بر اساس وزن مادر)
- در دوره بعد از عمل باید مقدار خونریزی از واژن مطابق دستور عمل به دقت پایش شده و در پرونده ثبت گردد.
- بیمار به تنفس عمیق و سرفه کردن تشویق شود.
- میزان ادرار در طول مدت حضور بیمار در واحد ریکاوری به دقت پایش و ثبت گردد.
- هنگامی که مادر هوشیاری کامل خود را به دست آورد (ارزیابی وضعیت هوشیاری با تحریک و صحبت کردن و در صورت بیهوشی اسپینال برگشت حرکت پا)، خونریزی به حداقل رسید، فشار خون رضایت بخش بود و جریان ادرار حداقل به میزان ۳۰ میلی لیتر در ساعت برقرار شد، مادر به بخش پس از زایمان انتقال یابد. هنگام انتقال به بخش کیسه ادرار تخلیه و میزان آن ثبت شود تا حجم ادرار در بخش از ابتدا اندازه گیری شود.

(د) فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه:

متخصص زنان و زایمان

ه) فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

متخصص زنان و زایمان

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

ردیف	عنوان تخصص	تعداد موردنیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	متخصص بیهوشی	به ازای هر دو بیمار ۱ نفر	تخصص	ندارد	مراقبت های تخصصی بیهوشی حین و بعد از عمل جراحی
۲	پرستار/ تکنسین اتاق عمل (نرس سیرکولر و اسکراب)	۲ نفر	کاردان به بالا	ندارد	آماده سازی بیمار، مراقبتهای حین عمل
۳	هوشبری	۱ نفر	کاردان به بالا	ندارد	مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۴	ماما	۱ نفر	کارشناس	ندارد	مراقبت نوزاد بلافاصله بعد از به دنیا آمدن و مراقبت از مادر

ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

اتاق عمل دارای تهویه و نور کافی و درجه حرارت مناسب و بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

تخت اتاق عمل با ملحقات، دستگاه بیهوشی، پالس اکسی متری مادر و نوزاد و ست احیا مادر و نوزاد (طبق چک لیست کتاب احیاء که به ضمیمه پیوست می باشد)، وارمر نوزاد، ترازو، بلندر

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

ردیف	اقدام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	نیدل های اسپینال	۱ عدد
۲	ست اپیدورال	۱ عدد
۳	دستکش استریل	۵ عدد

CC۴۰	بتادین	۴
۴ عدد	سرنگ ۲، ۵ و ۱۰	۵
۴ عدد	سر سوزن	۶
۲ عدد	آنژیوکت	۷
۱ عدد	ست پانسمان (رسیور پنس ست و پنبه و گاز)	۸
۲	آب مقطر	۹
۵۰۰ سی سی	سرم نرمال سالین	۱۰
۱ عدد	شان پرفوره	۱۱
۲۰ سی سی	الکل	۱۲
۱ عدد	ست پرپ	۱۳
۲ (۲ قلو ۴ عدد)	کلمپ بند ناف	۱۴
۱ عدد	پروپ پالس اکسی متر	۱۵
۱ عدد هر نوزاد	پوار	۱۶
۶ عدد	نخ بخیه	۱۷
۱ عدد	چسب پانسمان	۱۸
۴ عدد	چسب آنژیوکت	۱۹
۲ عدد	دستکش پرپ	۲۰
۲ عدد	ست سرم	۲۱
۲۰ عدد	گاز خط دار	۲۲
۶ عدد	لنگاز	۲۳
۱۰ عدد	گاز ساده	۲۴
۱ عدد	ست اسپینال	۲۵
۲ عدد	بیستوری	۲۶
۲ عدد	لوله ساکشن	۲۷
۵ عدد	اکسی توسین	۲۸
۳ عدد	چست لید	۲۹
بر حسب نوع بیهوشی	داروهای بیهوشی (مارکائین، لیدوکائین، پروپوفول، پتیدین و....)	۳۰
۱ عدد	ماسک اکسیژن	۳۱
۲ عدد	سوند نلاتون	۳۲
۱ عدد	سوند فولی	۳۳

۳۴	کیسه ادرار	۱ عدد
۳۵	پگ سزارین	۱ پگ
۳۶	حوله نوزاد	۲ عدد
۳۷	پیش بند	۱ عدد
۳۸	گان استریل (با توجه به تعداد جراح)	۳ عدد
۳۹	گان بیمار	۱ عدد
۴۰	کلاه بیمار	۱ عدد
۴۱	کلاه پزشک (با توجه به تعداد جراح)	۲ عدد
۴۲	ماسک سه لایه بند دار (با توجه به تعداد جراح)	۵ عدد

ی) استانداردهای ثبت:

Pre-op Diagnosis : تشخیص قبل از عمل

Post-op Diagnosis : تشخیص بعد از عمل

Kind of Operation : تشخیص قبل از عمل

بعد از P&D و GA S/A پوست به روش: عرضی طولی باز شد.

فاشیا و پریوتون باز شد: چسبندگی فاشیا امتنوم مثانه خلف رحم روده ها داشت نداشت .

انسزیون رحم Dehiscence: داشت نداشت .

برش عرضی سگمان تحتانی طولی سگمان تحتانی کلاسیک خلف رحم داده شد.

نوزاد با پرزانتاسیون: سفالیک بریچ عرضی دختر پسر با آپگار متولد شد.

جفت و مامبرانا کامل خارج شد ظاهر جفت طبیعی بود نبود .

چسبندگی جفت: داشت نداشت خونریزی غیر طبیعی از محل جفت: داشت نداشت رحم آنومالی مولرین دارد ندارد

ABG ارسال شد نشد PCO₂ Ph بیکربنات ترمیم رحم در دو لایه با نخ انجام شد. بررسی تخمدان و لوله

انجام شد که ظاهر طبیعی داشت. سرور مثانه با نخ دوخته شد دوخته نشد . داخل شکم شستشو داده شد

نشد .

شمارش اول توسط پرسنل صحیح اعلام شد. درن داخل شکم گذاشته شد □ نشد □. آسیب روده ایجاد شد □ نشد □. آسیب مثانه ایجاد شد □ نشد □. ترمیم پریتون جدارى با نخ انجام شد □ انجام نشد □ ترمیم عضله با نخ انجام شد □ انجام نشد □ خونگیری زیر فاشیا انجام شد. ترمیم فاشیا با نخ انجام شد. خونگیری زیر جلد انجام شد. بستن زیر جلد انجام شد □ نشد □ سپس پوست با به روش دوخته شد. شمارش گاز و لنگار و چک وسایل توسط و □ بار صحیح اعلام شد. بیمار با حال عمومی خوب □ بد □ تحویل ریکاوری داده شد.

ادرار داخل بگ: □ Clear □ Bloody بود.

خونریزی واژینال در حد طبیعی □ یا بیشتر از حد طبیعی □ بود.

ک) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

➤ علل مادری:

- سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم (ناشی از پارگی قبلی، ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی) و سرکلاژ داخل شکمی و سابقه ترمیم فیستول و زیکوواژینال، رکتوواژینال، پارگی درجه ۳ و ۴ با بی اختیاری مدفوع، ساکروهیستروپیکسی، هرگونه مش واژینال درمان بی اختیاری ادرار با پرولاپس قدامی اپیکال
- اختلالات لانه گزینی جفت (سرراهی، چسبنده، آکرتا، اینکرتا و پرکرتا)
- پرزنتاسیون بند ناف و وازوپروپیا و پرولاپس بند ناف
- دکولمان جفت
- خونریزی شدید واژینال مادر و به مخاطره افتادن جان مادر
- عفونت مادری با هرپس ژنیتال فعال یا علائم پرودرمال در زمان ختم بارداری
- HIV مثبت
- هرگونه توده خوش خیم و بدخیم در مسیر کانال زایمان که باعث ایجاد انسداد در مسیر زایمان واژینال شود.
- کانسر مهاجم سرویکس
- سابقه وجود اختلال خونریزی دهنده در والدین، خواهر و برادر یا خویشاوندان درجه ۱ و ۲ و شک به گرفتاری جنین
- اکلامپسی و پره اکلامپسی در صورت نیاز به ختم بارداری اورژانس و سرویکس نامطلوب یا عدم پاسخ با القای لیبر با نظر و صلاحدید پزشک مسئول مطابق پروتکل پره اکلامپسی

- بیماریهای زمینه ایی (اعم از قلبی یا ریوی و مادر با توجه به پروتکل مراقبت از بیماران قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان)
- در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیا موفق نباشد. از ۳ تا ۴ دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود.
- دفورمیتی های بارز لگن، دیستوشی، عدم پیشرفت سیر زایمانی یا (CPD عدم تناسب سر جنین و لگن مادر) ناشی از لگن تنگ، جنین ماکروزوم یا هر دو (مطابق فرم پارتوگراف و پروتکل کشوری)
- تبصره: اندیکاسیون دفورمیتی های بارز لگن، قبل از بستری جهت انجام سزارین با تأیید کمیته فنی سازمان های بیمه گر امکانپذیری می باشد.
- در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین که بعد از مشاوره های لازم (منطبق بر دستورالعمل های سلامت مادران) همچنان اصرار می ورزد؛ انجام سزارین بلا مانع است اما تحت پوشش بیمه نمی باشد.

➤ علل جنینی:

- بارداری چندقلویی
- دیسترس جنینی، الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان
- تاخیر رشد داخل رحمی جنین مطابق پروتکل راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان (اختلالات رشد جنینی شدید همراه با داپلر عروقی مختل (Absent - reverse))
- آنومالی قابل درمان جنین که انجام زایمان طبیعی منجر به آسیب خوردن به آن عضو و دیستوشی های زایمان می شود (مثل مننگو میلوسل و گاستروشیزیس، انسفالوسل، تراتوم ساکروم و گردن، هیدروسفالی و ...)
- نمایش غیر طبیعی پایدار جنین مثل نمایش صورت، پیشانی، قرار عرضی و نمایش بریج

س) شواهد علمی در خصوص کنتراندیکاسیون های دقیق خدمت:

ندارد

ع) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	تخصص زنان و زایمان	متخصص	حداقل ۳۰ دقیقه و به طور متوسط ۲ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	جراح: انجام عمل سزارین کمک جراح: کمک به انجام سزارین (بسته به نظر جراح)

۲	بیهوشی	متخصص	حداقل ۳۰ دقیقه و به طور متوسط ۱ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	اقدام جهت بیهوشی مادر
۳	اطفال	متخصص	حداقل ۱۵ دقیقه و به طور متوسط ۳۰ دقیقه با توجه به شرایط نوزاد	اقدامات مربوط به احیای نوزاد
۴	هوشبری	کاردان به بالا	حداقل ۴۵ دقیقه و به طور متوسط ۱,۵ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	کمک در انجام بیهوشی
۵	اتاق عمل	کاردان به بالا	حداقل ۴۵ دقیقه و به طور متوسط ۱,۵ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	اسکراپ و سیرکولر
۶	ماما	کارشناس	حداقل ۳۰ دقیقه و به طور متوسط ۱,۵ ساعت با توجه به شرایط مادر و نوزاد	مراقبت و احیای نوزاد
۷	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت مادر و تشخیص جراح	متخصص قلب، داخلی، ارولوژی، جراح عمومی	بسته به شرایط مادر	مشاوره به متخصصین اصلی بسته به شرایط مادر

ن) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

زمان ترخیص در مادران سزارین شده به طور متوسط ۴۸ ساعت پس از سزارین است. در صورت صلاحدید پزشک در مادر با حال عمومی خوب و بدون تب و بدون مشکل می توان ۲۴ ساعت پس از سزارین وی را ترخیص نمود. در صورت وجود مشکل و مادر پرخطر و نیاز به بستری به مدت بیشتر زمان ترخیص با نظر پزشک متخصص است. (پره اکلامپسی حداقل ۷۲ ساعت)

م) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

- آموزش مراقبت از خود پس از زایمان (مراقبت های پس از عمل، تغذیه، دفع ادرار و مدفوع، بهداشت فردی، مراقبت از زخم و پیشگیری از ترومبوآمبولی، اندوه پس از زایمان و ...)
- آموزش مراقبت از نوزاد
- آموزش شیردهی
- آموزش زمان مراجعه مجدد (به خصوص در مادران پر خطر مانند تب، بیماری قلبی، دیابت، فشارخون و...)

- در مواردی که مادر پر خطر پس از زایمان نیاز به مصرف دارو دارد (دیابت، فشارخون، قلبی و ...) می بایست آموزش های لازم را برای ادامه مراقبت ها و درمان های دارویی دریافت نماید.
- تبصره: بیمارستان موظف است شرایط مادر پرخطر را در زمان ترخیص جهت پیگیری های لازم به مرکز جامع سلامت (شهری/روستایی) مربوطه اطلاع رسانی نماید.

منابع:

- ۱- راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان، بازنگری سوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۶
- ۲- درسنامه احیاء نوزادان
- ۳- مراقبت از نوزاد سالم

4- HBB (Helping Babies Breath)

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

بسمه تعالی
فرم تدوین راهنمای تجویز

مدت زمان ارائه	محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت	کد RVU	عنوان استاندارد
		کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون					
حداقل ۳۰ دقیقه و به طور متوسط ۲ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکا سیون سزارین	بیمارستان	ندارد	<p>علل مادری:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم (ناشی از پارگی قبلی، ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی) و سرکلاژ داخل شکمی و سابقه ترمیم فیستول وزیکوواژینال، رکتوواژینال، پارگی درجه ۳ و ۴ با بی اختیاری مدفوع، ساکروهیستروپکسی، هرگونه مش واژینال درمان بی اختیاری ادرار با پرولاپس قدامی اپیکال • اختلالات لانه گزینی جفت (سراهی، چسبنده، آکرتا، اینکرتا و پرکرتا) • پرزنتاسیون بند ناف و وازوپروپا و پرولاپس بند ناف • دکولمان جفت • خونریزی شدید واژینال مادر و به مخاطره افتادن جان مادر • عفونت مادری با هرپس ژنیتال فعال یا علائم پرودرمال در زمان ختم بارداری • HIV مثبت • هرگونه توده خوش خیم و بدخیم در مسیر کانال زایمان که باعث ایجاد انسداد در مسیر زایمان واژینال شود. • کانسر مهاجم سرویکس • سابقه وجود اختلال خونریزی دهنده در والدین، خواهر و برادر یا خویشاوندان درجه ۱ و ۲ و شک به گرفتاری جنین • اکلامپسی و پره اکلامپسی در صورت نیاز به ختم بارداری اورژانس و سرویکس نامطلوب یا عدم پاسخ با القای لیبر با نظر و صلاحدید پزشک مسئول مطابق پروتکل پره اکلامپسی • بیماریهای زمینه ایی (اعم از قلبی یا ریوی و مادر با توجه به پروتکل مراقبت از بیماران قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان) • در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیا موفق نباشد. از ۳ تا ۴ دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود. 	متخصص زنان و زایمان	متخصص زنان و زایمان	بستری	۵۰۲۱۷۰	مراقبت روتین مامایی، شامل قبل از زایمان، زایمان و سزارین و مراقبت بعد از سزارین

- دفرمیتی های بارز لگن، دیستوشی، عدم پیشرفت سیر زایمانی یا (CPD عدم تناسب سر جنین و لگن مادر) ناشی از لگن تنگ، جنین ماکروزوم یا هر دو (مطابق فرم پارتوگراف و پروتکل کشوری)
 - تبصره: اندیکاسیون دفرمیتی های بارز لگن، قبل از بستری جهت انجام سزارین با تأیید کمیته فنی سازمان های بیمه گر امکانپذیری باشد.
 - در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین که بعد از مشاوره های لازم (منطبق بر دستورالعمل های سلامت مادران) همچنان اصرار می ورزد؛ انجام سزارین بلامانع است اما تحت پوشش بیمه نمی باشد.
- علل جنینی:
- بارداری چند قلوبی
 - دیسترس جنینی، الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان
 - تاخیر رشد داخل رحمی جنین مطابق پروتکل راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان (اختلالات رشد جنینی شدید همراه با داپلر عروقی مختل (Absent - reverse))
 - آنومالی قابل درمان جنین که انجام زایمان طبیعی منجر به آسیب خوردن به آن عضو و دیستوشی های زایمان می شود (مثل مننگو میلوسل و گاستروشیزیس، انسفالوسل، تراتوم ساکروم و گردن، هیدروسفالی و ...)
 - نمایش غیر طبیعی پایدار جنین مثل نمایش صورت ، پیشانی ، قرار عرضی و نمایش بریج

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