



معاونت درمان



معاونت آموزشی

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی

شناسنامه و استاندارد خدمت

ویزیت جامع اورژانس

کارگروه تدوین استاندارد خدمات طب اورژانس

بهمن ۱۳۹۵

مقدمه:

توسعه جوامع و گسترش نظام های سلامت، به ویژه در دو سده اخیر و نیز گسترش علوم پزشکی در جهان موجب شده است که تقریباً تمام کشورها به منظور برآورده شدن نیازهای سلامت محور خود، به تدوین راهنماهای بالینی (راهکارها، سیاست ها، استانداردها و پروتکل های بالینی) در راستای ارتقا سطح کیفی و کمی ارائه خدمت و همچنین تدوین سیاست های کلان در چارچوب استقرار پزشکی مبتنی بر شواهد گام بر دارند. از سویی ضرورت تعیین حدود و ثغور اختیارات دانش آموختگان حرف مختلف پزشکی و استانداردهای فضای فیزیکی و فرآیندهای ارائه خدمات سبب شد تا تدوین شنا سنانه های مرتبط به منظور افزایش ایمنی، اثر بخشی و هزینه اثر بخشی در دستور کار وزارت متبوع قرار گیرد.

اندازه گیری کیفیت برای جلب اطمینان و حصول رضایت آحاد جامعه، قضاوت در زمینه عملکردها، تامین و مدیریت مصرف منابع محدود، نیازمند تدوین چنین راهنماهایی می باشد. این مهم 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 نسبت به ارائه خدمات و مراقبت های سلامت دارند، نائل نماید تا به بهترین شکل به نیازهای مردم و جامعه پاسخ دهند. علاوه بر تدوین راهنماها، نظارت بر رعایت آن ها 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 راهنماهای مناسب برای خدمات سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین در بخش سلامت، به شمار می آید. اکنون در کشورمان، نیاز به وجود و استقرار راهنماهای 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 معاون محترم درمان «جناب آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی»، معاون محترم آموزشی «جناب آقای دکتر باقر لاریجانی» و شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی در مدیریت تدوین راهنماهای طبابت بالینی، و نیز هیات های بورد و انجمن های علمی تخصصی مربوطه، اعضاء محترم هیئت علمی مراکز مدیریت دانش بالینی و همچنین هماهنگی موثر سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر و سایر همکاران در معاونت های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقدیر و تشکر نمایم.

انتظار می رود راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده تحت نظارت فنی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت و کمیته فنی تدوین راهنماهای بالینی، 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



تدوین کنندگان:

علی بیداری: هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر هیات بود 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 بود 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

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مجید داوری، دکتر آرمان زندی، دکتر آرمین شیروانی، مجید حسن قمی،

دکتر عطیه صباغیان پی رو، دکتر مریم خیری، دکتر بیتا لشکری، مرتضی سلمان ماهینی



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

عنوان فارسی: ویزیت جامع اورژانس

عنوان لاتین: Comprehensive Emergency Visit

ویزیت جامع اورژانس در کتاب (Current Procedural Terminology 2012) تحت کد بین المللی ۹۹۲۸۴- و در کتاب تعرفه های خدمات بهداشتی، درمانی (کالیفرنیا) تحت کد بین المللی ۹۰۵۲۰ و در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت (سال ۱۳۹۳ و اصلاحات بعدی آن) با کد ملی ۹۰۱۹۴۹ ثبت گردیده است.

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

این ویزیت برای ارزیابی و درمان بیماری انجام می شود که تحت محدودیت ناشی از فوریت به دلیل شرایط بالینی یا وضعیت روانی قرار دارد و نیازمند سه جزء کلیدی زیر است:

- شرح حال جامع
 - معاینات جامع
 - تصمیم گیری پزشکی با درجه پیچیدگی متوسط یا بالا
- بسته به ماهیت مشکل (های) بیمار و نیاز وی، با خانواده یا همراهانش صحبت های لازم شده یا هماهنگی لازم با سایر دست اندرکاران و یا عوامل مرتبط با درمان انجام خواهد شد و معمولاً مشکل (های) بروز کرده از شدت بیشتری برخوردار است.

مراحل انجام خدمت:

۱) انجام تریاژ بیمار (preoperation)

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

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

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

اکسیژن شریانی (preoperation)

۴) اخذ شرح حال و تاریخچه بیمار (operation)



۵) انجام معاینه جامع با توجه به شرایط بیمار و شرایط بخش اورژانس (operation)

۶) تصمیم گیری پزشکی با درجه متوسط یا بالایی از پیچیدگی (operation)

۷) مکتوب کردن خلاصه شرح حال و معاینه فیزیکی 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 میباشند ولی جزء خدمت نمیباشد.

▪ منابع:

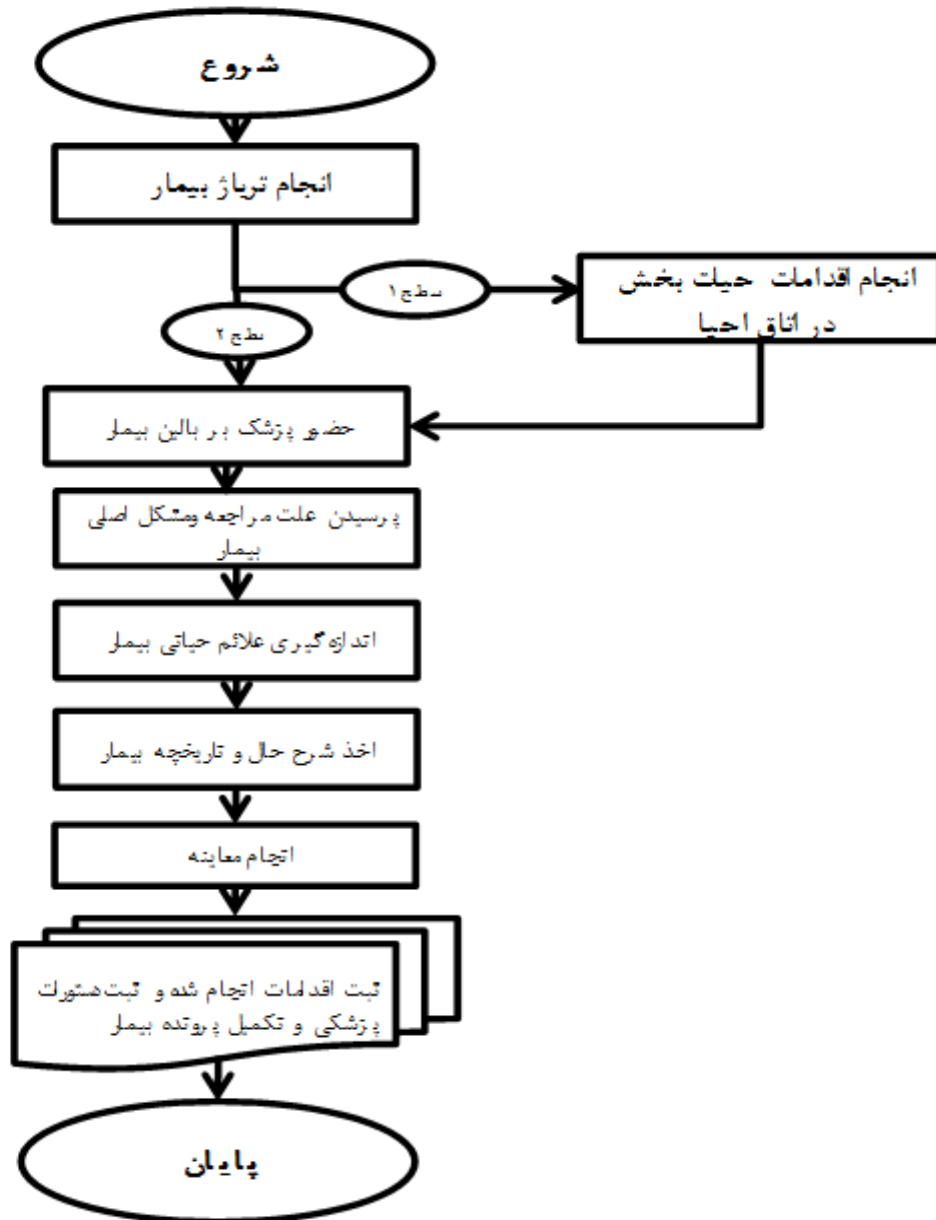
1) Madara JL and colleagues, (201۵). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association: Page:22-23,679-680,716-717.

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.

- با عنایت به قانون اساسی و لزوم دسترسی عموم به خدمات بهداشتی درمانی با توجه به اهمیت بررسی جامع و سریع بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستانها توصیه به انجام این خدمت و راه اندازی طب اورژانس تخصصی در کلیه اورژانسهای کشور می گردد.



ج) طراحی گام به گام فلوجارت ارائه خدمت :



د) فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و ۱ 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 یک یا دو تریاژ ESI که پرونده بستری موقت یا بستری اورژانس تشکیل داده اند و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند، تعلق می گیرد.
- ۲) این ویزیت زمانی تعلق می گیرد که بیمار توسط پزشک معالج ویزیت شده باشد و مستندات پرونده شامل دستورات پزشکی و شرح حال و سایر گزارشات لازم باشد.
- ۳) این خدمت به صورت خدمتی مجزا و مستقل از مراقبت بحرانی و 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 مانیتورینگ قلبی، شوک قلبی، تنظیم و وصل کردن بیمار به ونتیلاتور و اداره ونتیلاسیون، تعبیه CV line، بخیه و سایر خدمات بصورت جداگانه از این کد قابل گزارش و پرداخت می باشد.
- ۴) به بیماران سطح ۳ تریاژ 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
- هـ) 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 میگیرد 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):



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	-

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
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	-
۷	چراغ قوه	مدلهای استاندارد بانور متمرکز (Pen Light) و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع پزشکی	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۲ دقیقه	-
۸	وسیله اندازه گیری	متر و خط کش در مدل های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع پزشکی	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۵ دقیقه	-

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
۹	افتالمو سکوپ	Welch allyn Hine وسایر مدل های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت	تمامی انواع	وسیله معاینه	بسته به نوع نگهداری و میزان استفاده دارد	۱	تا ۱۰ دقیقه	-
۱۰	اتوسکوپ	Welch allyn Hine 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	-

ویزیت جامع اورژانس در بخش اورژانس بیمارستان یا سایر مراکز درمانی طبق استانداردهای وزارت بهداشت و توسط متخصص طب اورژانس انجام می گردد و ممکن است در اتاق معاینه بخش اورژانس یا بر روی تخت بیمار در بخش احیاء یا حاد یا تحت حاد با حفظ شرایط محرمانگی انجام پذیرد.

ج) 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):

توضیح: پزشک معالج بنا بر شرح حال کامل 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، استاندارد تجهیزات اورژانس بیمارستانی

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 تشخیصی و تصویربرداری جهت ارائه هر واحد خدمت: (به تفکیک قبل، بعد و حین

ارائه خدمت مربوطه در قالب تائید 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 جامع 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 جامع اورژانس و در دستورات پزشک ممکن است ویزیت سایر سرویسها درخواست گردد).

ل) اندیکا سیون 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، اندیکا سیون دارد):

- این ویزیت به تمام بیماران سطح ۱ یا ۲ تریاژ و بیماران سطح ۳ بستری که توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده اند، تعلق می گیرد.



1) Madara JL and colleagues, (201۵). Current Procedural Terminology (CPT Book), American Medical Association: Page:22-23,679-680,716-717. Pages 405-6.

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 اندیکا سیون های مذکور: (ذکر 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 غیر ضروری 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 کنتراندیکا سیون های دقیق خدمت (ذکر جزئیات مربوط به ضوابط پاراکلینیکی و بالینی و مبتنی بر شواهد):

جهت بیماران با سطح ۴ و ۵ تریاز ESI انجام این خدمت غیر ضروری میباشد. کنتراندیکا سیونی (منع ارائه) برای این خدمت وجود ندارد.

▪ منابع:

- 1) Madara JL and colleagues, (201۵). 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) Lynn S. Bickley , 2009, Bates' Guide to Physical Examination and History Taking.

۵) معاونت امور درمان و دارووزارت 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 دارووزارت 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

س) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

باتوجه به ماهیت کاری بخش اورژانس و تنوع و تعداد مراجعات متعدد بیماران در این بخش، لذا مدت زمان ویزیت به عنوان یک فاکتور تعیین کننده در ویزیت جامع 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)

عنوان تخصص	میزان تحصيلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
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 معمولاً در بدو ورود بیمار بصورت اولیه یا بصورت ثانویه بر اساس درخواست خدمت از فرد ذیصلاح و توسط پزشک متخصص طب اورژانس طبق اولویت بندی های استاندارد تریاژ ESI صورت می گیرد و ارزش آن در بیماران که با پرونده موقت در بخش اورژانس که کمتر از ۶ ساعت در اورژانس تحت نظر باشند و یا نیاز به بستری داشته باشند قابل پرداخت است (در صورتی که واجد شرایط بند (ل) و بند (د) باشد).



ف) حقوق اختصاصی بیماران مرتبط با خدمت:

باعنایت به اهمیت بررسی جامع و سریع بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستانها ومراکز درمانی انجام ویزیت جامع اورژانس توسط پزشک متخصص طب اورژانس صورت گیرد.

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

مشاوره های متعدد پزشکی

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

۱) با توجه به اینکه ارزش انجام مشاوره برای بیماران بستری (کد ۹۰۱۹۴۰) ۵,۵ k می باشد. بنابراین در صورتی که به جای ویزیت جامع توسط متخصص طب اورژانس، مشاوره های متعدد تخصصی درخواست شود و با توجه به اینکه ارزش ویزیت جامع (کد ۹۰۱۹۴۹) ۱۴,۵ k است بنابراین در صورت درخواست این خدمت هزینه ها کاهش پیدا خواهد کرد(۶).

۲) وجود متخصص طب اورژانس و انجام ویزیت تخصصی و جامع 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).

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 بیمار نسبت به خدمت مربوطه	میزان ارتقاء امید به زندگی و کیفیت زندگی نسبت به خدمت مورد بررسی
۱	مشاوره های متعدد 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	بسیار پرهزینه است	بسیار وقت گیر است	بسیار کمتر



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 ۷).

۴) حضور متخصصین طب اورژانس در سیستم درمانی، خدمت رسانی به بیماران اورژانس و 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 م ساله موجب افزایش سهولت و کیفیت خدمت رسانی و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیماران می شود. (۹).

▪ منابع:

- 1) Madara JL and colleagues, (201۵). 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) 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.
- 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 امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۳). کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران صفحات ۳-۵۴۲ و اصلاحات بعدی آن.
- ۷) 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.
- ۸) شاکر ح. قنبر فرو شانی ح. اقدام ح. میرافضل، الف. رضایی م: بررسی میزان توافق تفسیر سیتی اسکن مغز در بیماران ترومایی سر توسط گروه طب اورژانس با گروه رادیولوژی. طب انتظامی: سال اول، شماره ۱، تابستان ۹۱، صفحات ۴۷-۵۱.



۹) ۱ سدی پ، منصف کسمائی و، زهره وندی ب، ضیاء ضیابری س م، بیک زاده مرزبانی ب: و 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 ۱۳۳۱؛ صفحه ۸۲-۱۱.

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 جامع در اورژانس، بیمار را بصورت یکجا و همزمان از تمامی جهات بررسی می کنند 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 ضمن صرفه جویی از نظر زمانی، موجب افزایش روند ترخیص بیماران و کاهش مشاوره های غیر ضروری 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. از طرفی باعث کاهش ویزیتها و اقدامات پاراکلینیک غیر ضروری می گردد. این موارد باعث می شود اقدامات تشخیصی و درمانی در اسرع وقت 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. 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) 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 دارووزارت 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، کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت و اصلاحات بعدی آن.

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

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. اقدم 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 ونیدی 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.



با تشکر از همکاری :

دکتر علی شهرامی، دکتر امیر احمد اخوان، حسن باقری، سعید معنوی، دکتر غلامحسین صالحی زلانی

دکتر سید موسی طباطبایی، عسل صفایی، دکتر علی خمسه، سلماز سادات نقوی الحسینی، دکتر مینا نجاتی

پروانه سادات ذوالفقاری، دکتر زهرا خیری، سوسن صالحی، مهر ناز عادل بحری، لیدا شمس، گیتی نیکو عقل،

حوریه اصلانی، حامد دهنوی، دکتر محمد رضا ذاکری، معصومه سلیمانی منعم، مهرندا سلام زاده، سید جواد موسوی،

افسانه خان آبادی، دکتر مجتبی نوحی

