



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دیپارتمان شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

آندوسکوپی دستگاه کوارش فوتانی

(نسخه دوم)

تابستان ۱۴۰۰

تنظیم و تدوین:

انجمن علمی متخصصین گوارش و کبد ایران

بازنگری شده توسط کارشناسان کارگروه تخصصی:

آقای دکتر رضا ملک زاده

آقای دکتر ناصر ابراهیمی دریانی

آقای دکتر فرهاد زمانی

آقای دکتر علیرضا دلاوری

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر مهدی یوسفی، دکتر مریم خیری، دکتر پریا بهاروند

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی شامل مری، معده، دئودنوم تشخیصی، با یا بدون جمع آوری نمونه، بوسیله برس زدن یا شستشو با یا بدون بیوپسی منفرد یا متعدد
با کد ملی: ۴۰۰۵۶۵

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی شامل مری، معده، دئودنوم و یا ژژونوم تشخیصی، با یا بدون جمع آوری نمونه، بوسیله برس زدن یا شستشو با یا بدون بیوپسی منفرد یا متعدد

ت) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی:

- هرگونه ناراحتی در ناحیه اپیگاستر یا پشت جناغ سینه (نظیر درد، سنگینی، سوزش و ترش کردن) به شرط عدم پاسخ به درمان یا
- سن بالای ۴۰ سال
 - کاهش وزن قابل توجه
 - علایمی دال بر خونریزی و کم خونی
 - استفراغ های مکرر
 - گیر کردن غذا در گلو- یا بلع دردناک
 - توصیه بعلت رادیولوژی مشکوک
 - شک به بیماری سیلیاک یا سوء جذب (هر نوع اسهال ناشی از سوء جذب)
 - بیمار مبتلا به پرفشاری پورت
 - خارج کردن جسم خارجی
 - بلع مواد سوزاننده
 - غربالگری مری بارت
 - سندرم های پولیپوز FAP - لینچ (Lynch)
 - دیس پپسی مقاوم به درمان
 - در موارد intestinal dysplasia که در اندوسکوپی اولیه mapping انجام نشده است.
 - در انجام پروسیجرهایی مثل استنت گذاری و دیدن محل استنت ۲۴ ساعت بعد
 - در موارد پیدا نشدن Source خونریزی و تکرار خونریزی
 - در مورد زخم اثنی عشر عمیق یا خونریزی دهنده یا تنگی اثنی عشر یا پیلور
 - ریفلاکس مقاوم به درمان
 - Screening Bariatric Surgery
 - درمان بالون دیلاتاسیون یا تزریق بوتاکس، آشلازی

- EMR و ESD و POEM در ضایعات مخاطی
- APC ضایعات عروقی معده و اثنی عشر
- بررسی منشا اولیه متاستازها
- تبصره: مواردی که به تنهایی نیاز به آندوسکوپی ندارد:
 ۱. علائم کلاسیک سندروم روده تحریک پذیر (IBS)
 ۲. علائم ریفلاکس ملایم که به درمان پاسخ داده باشد.
 ۳. بررسی مجدد بهبود زخم اثنی عشر که از لحاظ بالینی پاسخ داده باشد.

ج) تواتر ارائه خدمت:

ج-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

بر اساس اندیکاسیون

ج-۲) فواصل انجام

- هر ۵ سال یکبار مگر اینکه بروز علائم تغییر کرده یا اینکه علائم خطر ایجاد شده باشد.
- ۴ الی ۱۲ هفته بعد جهت بررسی بهبود زخم های معده
- زخم اثنی عشر در صورت عدم پاسخ به درمان
- مواردی که پاتولوژی انجام شده ناکافی یا مشکوک و یا پیشنهاد به تکرار شده است.

د) کتر اندیکاسیون های خدمت:

- شک به سوراخ بودن روده
- ناپایداری از نظر قلبی و ریوی

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

کلیه پزشکان

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

فوق تخصص گوارش و متخصص داخلی دوره دیده مورد تایید وزارت بهداشت

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

ردیف	عنوان تخصص	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	متخصص بیهوشی	یک نفر در صورت نیاز	تخصص	ندارد	برحسب ضرورت
۲	تکنسین بیهوشی	یک نفر در صورت نیاز	فوق دیپلم به بالا	ندارد	برحسب ضرورت
۳	تکنسین	یک نفر	دیپلم به بالا	آموزش جهت آماده سازی	آموزش، آماده سازی

در صورت حضور متخصص بیهوشی عملکرد تکنسین بیهوشی با نظارت ایشان انجام می شود، در صورت ارائه خدمت کلاس تکنسین بیهوشی به تنهایی، مسئولیت با متخصص گوارش یا داخلی خواهد بود.

ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

دستگاه آندوسکوپی با ملحقات (اسکوپ، منبع نور، پروسسور، مانیتور)، ساکشن، پالس اکسی متر، ست احیا و کپسول اکسیژن و وسایل تزریق جهت کنترل خونریزی نظیر سوزن تزریق و ست بانداژ و ماده اسکروزانت یا آدرنالین

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

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	پنس یکبار مصرف بیوپسی	۱
۲	تست اوره آز	بر حسب نیاز
۳	آب مقطر	۳
۴	سرم	۵۰۰-۱۰۰۰ سی سی
۵	اسپری لیدوکائین (برای هر بیمار)	۱
۶	آمپول میدازولام	۱
۷	پروپوفل	۲
۸	آمپول آدرنالین	۱
۹	اسپری لیدوکائین	
۱۰	آمپول آتروپین	۱
۱۱	اسپری سالبوتامول	۱
۱۲	قطره دایمتیکون	۱
۱۳	فتنانیل ۱ سی سی	۱
۱۴	سرنگ ۱۰ سی سی	۳
۱۵	سرنگ ۲ سی سی	۲
۱۶	سرنگ ۵ سی سی	۱
۱۷	سوند اکسیژن	۱
۱۸	ظرف نمونه کوچک	۱
۱۹	گاز	۴
۲۰	گان بیمار	۱
۲۱	آنژیوکت آبی	۱
۲۲	چسب آنژیوکت	۱
۲۳	محلول آنزیماتیک	۱
۲۴	ست سرم	۱

۲۱	دهانی ساکشن	۱
۲۲	پنبه الکل آماده	۲
۲۳	محلول ضد عفونی اسکوپ	۱
۲۴	دستکش لاتکس	۵
۲۵	دهانی کش دار	۱
۲۶	رابط ساکشن	۲
۲۷	چسب زخم	۱
۲۸	دستکش نایلونی	۳
۲۹	درو شیت	۱

ی) اقدامات پاراکلینیکی، تصویربرداری، دارویی و ... مورد نیاز قبل از ارائه خدمت:

نیاز ندارد مگر در موارد سابقه بیماری قلبی، ریوی و مغزی که مشاوره مربوطه باید انجام گردد.

ک) استانداردهای گزارش:

گزارش تایپ شده به همراه تاریخ و مشخصات بیمار و مهر و امضای پزشک و حداقل شامل موارد زیر باشد:

دستگاه مورد استفاده، نوع بیهوشی استفاده شده، اندیکاسیون انجام خدمت، گزارش وضعیت مری، معده (به تفکیک فوندوس، کاردیا، بادی و آنتروم) واثنی عشر به همراه عکس و توصیف در گزارش از هر ضایعه دیده شده، ثبت گردد. جمع بندی مشاهدات، نتیجه گیری و Recommendation پزشک باید در انتهای گزارش ذکر شود.

ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

۱۰ دقیقه

ف) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار :

اخذ رضایتنامه آگاهانه و آگاهی از نحوه انجام کار و عوارض احتمالی، آموزش روش آماده سازی قبل از آندوسکوپی، آموزش نحوه تغذیه پس از انجام خدمت، نحوه مصرف داروهای قبلی بیمار در روزهای قبل و بعد از آندوسکوپی (بخصوص داروهای مرتبط به قلب، دیابت و فشار خون)، در صورت استفاده از بیهوشی عدم رانندگی تا ۲۴ ساعت و تاکید بر حضور همراه، آموزش علائم خطر که در صورت دیده شدن نیاز به مراجعه مجدد به پزشک می باشد.

منابع:

- ASGE Standards of Practice Committee, Early DS, Ben-Menachem T, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, et al. Appropriate use of GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2012 Jun. 75 (6):1127-31.
- Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. *BMJ* 1995; 310:853
- UpToDate

بسمه تعالی
فرم تدوین راهنمای تجویز

توضیحات	مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی	محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت	کد RVU	عنوان استاندارد
				اندیکاسیون	کنتر اندیکاسیون					
<p>گزارش تایپ شده به همراه تاریخ و مشخصات بیمار و مهر و امضای پزشک و حداقل شامل موارد زیر باشد:</p> <p>دستگاه مورد استفاده، نوع بیهوشی استفاده شده، اندیکاسیون انجام خدمت، گزارش وضعیت مری، معده (به تفکیک فوندوس، کاردیا، بادی و آنتروم) و اثنتی عشر به همراه عکس و توصیف در گزارش از هر ضایعه دیده شده، ثبت گردد. جمع بندی مشاهدات و نتیجه گیری باید در انتهای گزارش و Recommendation پزشک ذکر شود.</p>	۱۰ دقیقه	<p>هر ۵ سال یکبار مگر اینکه بروز علایم تغییر کرده یا اینکه علایم خطر ایجاد شده باشد.</p> <p>۴ الی ۱۲ هفته بعد جهت بررسی بهبود زخم های معده</p> <p>زخم اثنتی عشر در صورت عدم پاسخ به درمان</p> <p>مواردی که پاتولوژی انجام شده ناکافی یا مشکوک و یا پیشنهاد به تکرار شده است</p>	<p>بیمارستان، مطب، درمانگاه و مرکز جراحی های محدود</p>	<p>شک به سوراخ بودن روده ناپایداری از نظر قلبی و ریوی</p>	<p>سن بالای ۴۰ سال کاهش وزن قابل توجه علایمی دال بر خونریزی و کم خونی استفراغ های مکرر گیر کردن غذا در گلو- یا بلع دردناک توصیه بعلت رادیولوژی مشکوک شک به بیماری سیلیاک یا سوء جذب (هر نوع اسهال ناشی از سوء جذب) بیمار مبتلا به پرفشاری پورت خارج کردن جسم خارجی بلع مواد سوزاننده غربالگری مری بارت سندرم های پولیپوز FAP - لینچ (Lynch)</p> <p>دیس پسی مقاوم به درمان در موارد intestinal dysplasia که در اندوسکوپی اولیه mapping انجام نشده است.</p> <p>در انجام پروسیجرهایی مثل استنت گذاری و دیدن محل استنت ۲۴ ساعت بعد</p>	<p>فوق تخصص گوارش و داخلی دوره دیده دارای مورد تایید وزارت بهداشت</p>	<p>کلیه پزشکان</p>	<p>بستری و سرپایی</p>	۴۰۰۵۶۵	<p>آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی شامل مری، معده، دئودنوم و یا ژژونوم تشخیصی، با یا بدون بیوپسی منفرد یا متعدد</p>

				<p>در موارد پیدا نشدن Source خونریزی و تکرار خونریزی در مورد زخم اثنی عشر عمیق یا خونریزی دهنده ، تنگی اثنی عشر یا پیلور</p> <p>رفلاکس مقاوم به درمان Screening Bariatric Surgery</p> <p>درمان بالون دیلاتاسیون یا تزریق بوتاکس، آشالازی</p> <p>EMR و ESD و POEM در ضایعات مخاطی</p> <p>APC ضایعات عروقی معده و اثنی عشر</p> <p>بررسی منشا اولیه متاستازها</p> <p>تبصره: مواردی که به تنهایی نیاز به آندوسکوپی ندارد:</p> <p>علائم کلاسیک سندروم روده تحریک پذیر (IBS)</p> <p>علایم ریفلاکس ملایم که به درمان پاسخ داده باشد.</p> <p>بررسی مجدد بهبود زخم اثنی عشر که از لحاظ بالینی پاسخ داده باشد.</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.