



دستورالعمل موارد مجاز بستن لوله‌های رحمی



۱۴۰۱

فرا
جاری
شرکت بازرگانی
معاونت

طبق ماده ۵۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت عقیم سازی دائمی مردان و زنان (همچون بستن لوله ها) ممنوع است. عقیم سازی زنان تنها در مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جسمی جدی یا حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد از زایمان ایجاد می کند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا حرج مذکور با روش های پیشگیری موقت امکان پذیر نباشد میتواند مطابق شرایط پزشکی مندرج در این دستورالعمل صورت پذیرد.

در راستای اجرایی سازی این ماده قانونی و و با عنایت به سختی جراحی بازگشت توبکتومی و عدم موفقیت جراحی در بسیاری موارد و نیز احتمال بارداری خارج رحمی بدنال جراحی اصلاحی، این روش مطابق قانون تنها در مواردی بعنوان گزینه جلوگیری از بارداری معرفی و ارایه میشود که بارداری مجدد برای سلامت و حیات مددجو با مخاطرات جدی قرین باشد. لذا در خصوص تعیین چارچوب موارد و شیوه های مجاز عقیم سازی دائمی زنان دستورالعمل کشوری به شرح ذیل ابلاغ میگردد تا مبنای عملکرد کلیه دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و بیمارستان های تابعه و همچنین سایر بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی، خصوصی و خیریه باشد.

فصل اول - مفاهیم و تعاریف

ماده ۱) در این دستورالعمل عبارات ذیل در معانی مشروح مربوط بکار میروند.

الف) دانشگاه / دانشکده: دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

ب) کمیته: کمیته توبکتومی بیمارستان منتخب

ج) دبیرخانه: دبیرخانه توبکتومی بیمارستان منتخب

د) پزشک معین: متخصص زنان مشاور در امر توبکتومی مستقر در بیمارستان منتخب

فصل دوم - فرایند ارائه مجوز بستن لوله های رحمی

ماده ۲) مراحل انجام توبکتومی به ترتیب ذیل صورت می گیرد (پیوست شماره ۱)

۱-۲- مراجعه به بیمارستان مرجع توبکتومی و ارائه درخواست و مستندات به دبیرخانه کمیته توبکتومی بیمارستان

تبصره ۱: بهورز/ مراقب سلامت / پزشک در کلیه مراکز بهداشتی وظیفه ای در قبال ارجاع زنان متقاضی بستن لوله های رحمی ندارند و هرگونه مشاوره فعال و رایگان در زمینه توبکتومی توسط این گروه مجاز نیست. اما به منظور اطلاع رسانی به متقاضیانی که واجد شرایط بستن لوله های رحمی مطابق دستورالعمل

جدید نیستند، محتوای آموزشی از سوی اداره جوانی جمعیت وزارت بهداشت درباره عوارض توبکتومی و تغییرات دستورالعمل آن تدوین و در اختیار کارکنان مراکز بهداشتی و عموم مردم قرار داده خواهد شد.

تبصره ۲: در هر بیمارستان مرجع توبکتومی، یک متخصص زنان مشغول به خدمت در آن بیمارستان با حکم رئیس کمیته توبکتومی بیمارستان (رئیس بیمارستان) سالانه بعنوان «پزشک معین» تعیین میشود. فرد متقاضی توبکتومی و همسرش در صورت تمایل میتوانند قبل از ارائه درخواست به کمیته بیمارستانی، با پزشک معین در خصوص ابعاد و عوارض روش توبکتومی، امکان استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری موقت جایگزین و همچنین بررسی مستندات فرد متقاضی توبکتومی جهت طرح در کمیته مربوطه مشاوره نمایند.

۲-۲- برگزاری کمیته تخصصی بستن لوله های رحمی و بررسی مستندات پرونده و صدور رای نهایی

۲-۳- ثبت مواردی که از کمیته توبکتومی بیمارستانی مجوز دریافت نموده اند به همراه مستندات آن در سامانه HIS توسط دبیر کمیته بیمارستانی توبکتومی (معاون درمان بیمارستان)

۲-۴- بستری بیمار در بیمارستان بعد از تایید مسئول فنی بیمارستان و انجام جراحی بستن لوله های رحمی
تبصره ۱: مسئول اتاق عمل موظف به بررسی نهایی مستندات پرونده و امضای فرم ۴ بعد از تایید مسئول فنی بیمارستان می باشد.

تبصره ۲: کلیه ارائه دهندگان خدمت در بخش های خصوصی و دولتی، سازمانی و وابسته به سازمان تامین اجتماعی و خیریه به هنگام بستن لوله های رحمی، ملزم به اجرای مفاد دستور العمل کشوری و این راهنما هستند و لازم است مواردی که تحت عمل جراحی توبکتومی قرار میگیرند را در سامانه مذکور ثبت نمایند. بدیهی است دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی مکلف به نظارت بر حسن اجرای این دستورالعمل می باشند.

تبصره ۳: معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده موظف است بعد از ابلاغ دستورالعمل در اولین فرصت ضمن برگزاری جلسه با نظام پزشکی جلسه توجیهی ویژه متخصصین زنان برگزار و ضمن توضیح فرایند جدید از سردرگمی جامعه هدف جلوگیری بعمل آورده و گزارش جلسه را به واحد مربوطه در وزارت بهداشت اعلام نماید. این پایش و نظارت از طریق تکمیل و ارسال فرم و چک لیست در ضمیمه ۲ پیوست صورت میپذیرد.

ماده (۳) وظایف پزشک معین به شرح ذیل می باشد.

۳-۱- مشاوره فعال در جهت ایجاد درک نسبت به این موضوع که عقیم سازی نوعی نقص جسمی برای زن به شمار می‌رود و انتخاب احتمالی آینده او را نیز برای باردار شدن از وی خواهد گرفت.

۳-۲- ارزیابی شرایط فرد

۳-۳- تشریح کامل عوارض: در هنگام مشاوره، نسبت به عوارض بستن لوله های رحمی (از جمله عوارض عمل جراحی، پرهزینه و دشوار بودن عمل برگشت باروری، احتمال تغییر میزان خونریزی قاعدگی، افزایش احتمال ایجاد کیست های تخمدانی و...) تاکید شود.

۳-۴- در خصوص احتمال پایین موفقیت جراحی بازگشت باروری در صورت پشیمانی در سالهای آینده، به فرد و همسر وی آگاهی کامل داده شود.

۳-۵- ارائه روش های جایگزین و برگشت پذیر: در افرادی که علیرغم مشاوره اصرار بر روش دایمی دارند، روش های برگشت پذیر مانند وسایل داخل رحمی پیشنهاد می شود.

۳-۶- تکمیل فرم معرفی بیمار به کمیته عقیم سازی دائمی

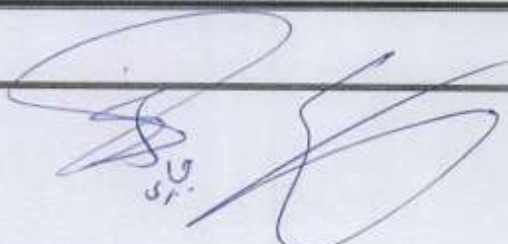
ماده (۴) معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور مکلف هستند بعد از ابلاغ دستورالعمل جدید ظرف یک هفته کمیته توبکتومی را ذیل بیمارستان های دانشگاهی منتخب معاونت درمان دانشگاه در شهرستان های تابعه تشکیل دهند.

تبصره ۱: کلیه زنان متقاضی از طرف سایر بیمارستان ها به این بیمارستان های منتخب ارجاع می شوند.

تبصره ۲: کلیه امور مربوط به بستن لوله های رحم شامل ارزیابی متقاضی، بررسی مستندات و .. صرفاً در کمیته بستن لوله انجام می شود. (مشاوره با پزشک معین میتواند بصورت اختیاری از جانب متقاضی انجام گیرد).

ماده (۵) اعضای کمیته به شرح ذیل میباشد

- ۱- رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)
- ۲- معاون درمان بیمارستان (دبیر کمیته)
- ۳- مدیر نظارت بر درمان بیمارستان
- ۴- مشاور حقوقی بیمارستان
- ۵- دو نفر متخصص زنان و زایمان هیئت علمی تمام وقت به انتخاب رییس دانشگاه
- ۶- یک متخصص داخلی تمام وقت به انتخاب رییس دانشگاه
- ۷- سایر تخصص های مرتبط حسب مورد (در صورت ضرورت و بنا بر تشخیص رئیس کمیته)



ماده ۶) به منظور انجام امور اداری و اجرایی مرتبط با فعالیت‌های کمیته، دبیرخانه کمیته در بیمارستان‌های منتخب با شرح وظایف ذیل تشکیل می‌گردد.

الف) دریافت کلیه مستندات لازم شامل: مستندات پزشکی، فرم پیوست شماره ۳، کارت ملی زن و شوهر، اصل و تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه خانم

ب) سازماندهی و برنامه ریزی تشکیل کمیته‌ها و تعیین تاریخ تشکیل آن و اعلام به اعضای کمیته (پیشنهاد می‌گردد روز/ روزهایی در هفته به عنوان روز برگزاری این جلسات تثبیت شود)

ج) برگزاری منظم جلسات کمیته و طرح موارد درخواست شده همراه با مستندات لازم در هر جلسه و تهیه صورتجلسه که به امضای کلیه اعضاء حاضر در جلسه رسیده باشد.

د) توضیح کامل به متقاضیان در خصوص فرایند بستن لوله‌های رحمی

ه) تهیه صورتجلسه کمیته و تکمیل فرم شماره ۲ شامل فهرست اسامی موارد بررسی شده در کمیته بستن لوله‌های رحمی

و) دریافت بازخورد از بیمارستان در خصوص انجام عمل بستن لوله‌های رحمی و تکمیل فرم شماره ۳ (فهرست اسامی دریافت کنندگان خدمات بستن لوله‌های رحمی) به معاونت درمان

تبصره ۱: جلسات کمیته با حضور دو سوم اعضا رسمیت یافته و حد نصاب تصمیم‌گیری اکثریت مطلق کل اعضا می‌باشد.

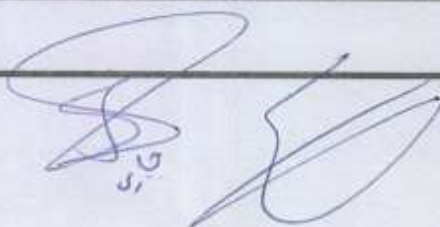
تبصره ۲: حضور اعضای مندرج در بندهای ۱ و ۲ و ۳ در جلسات الزامیست.

تبصره ۳: محل برگزاری کمیته: بیمارستان مرجع توبکتومی.

تبصره ۴: زمان بندی جلسات: حداقل هفته ای یک بار - به فراخور گزارشات ارسالی - جلسه کمیته به درخواست دبیر کمیته یا ریاست بیمارستان برگزار میشود.

تبصره ۵: پرونده ارسالی افراد در هر کمیته منوط به احراز شرایط سکونت فرد در منطقه دانشگاه مذکور دارد.

تبصره ۶: به فراخور تمایل متقاضی، مراجعه و ویزیت پزشک معین در درمانگاه بیمارستان از طریق پرداخت حق ویزیت توسط بیمار می‌باشد. لازم به ذکر است که این جلسه مشاوره در فرایند دریافت مجوز توبکتومی ضروری نیست و تنها در صورت درخواست فرد متقاضی انجام میشود.



ماده ۷) بایش و نظارت بر فرآیند صدور مجوزهای مربوطه در کمیته به شرح ذیل می باشد.

الف) مستندات پرونده شامل: رای کمیته توبکتومی، مهر و تایید رئیس و دبیر کمیته توبکتومی بیمارستان و رئیس اتاق عمل جهت بررسی وجود موارد فوق به همراه مدارک بیمار (کارت ملی فرد متقاضی و همسر، اصل و تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه مددجو، فرم پزشک معین، گواهی پزشک مربوطه، رای کمیته، (فرم های ۳-۴-۵-۶)

ب) دبیر کمیته بیمارستانی توبکتومی لازمست مواردی که از این کمیته مجوز توبکتومی دریافت نموده اند را طی همان هفته به همراه مستندات مربوط به آن در سیستم HIS ثبت و بار گذاری نماید.

ج) معاونت های درمان دانشگاه، کلیه اطلاعات مربوط به بستن لوله های رحمی (توبکتومی) را در سیستم HIS و سامانه medicare ثبت شود.

د) گزارش گیری از سامانه توسط معاونت درمان وزارت بهداشت هر سه ماه انجام می شود.

ه) گزارش اطلاعات مربوط به بستن لوله های رحمی پس از جمع آوری از سطوح محیطی هر شش ماه یک بار به دبیرخانه قرارگاه جوانی جمعیت و فرزندآوری وزارت بهداشت ارسال می گردد.

ماده ۸) موارد مجاز برای بستن لوله های رحمی شامل موارد ذیل می باشد:

الف) موارد مندرج در جدول شماره ۱ (پیوست شماره ۲) مشروط به ارائه مستندات مربوطه در خصوص بیماری زمینه ای به کمیته توبکتومی بیمارستانی

ب) در مواردی که فرد متقاضی بستن لوله ها، دچار حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) باشد و در ضمن گواهی یک پزشک متخصص زنان و زایمان مبنی بر عدم امکان استفاده از هرگونه روش موقت جلوگیری از بارداری با ذکر دلایل کلینیکی و ضمیمه بودن مستندات پزشکی را به همراه داشته باشد، این فرد میتواند با تایید کمیته و بارگذاری گواهی و مستندات پزشکی ارائه شده از جانب متخصص زنان در سامانه، مجوز بستن لوله های رحمی را دریافت نماید.

تبصره: عدم تمایل هر یک از زوجین در استفاده از هر یک از روشهای موقت جلوگیری از بارداری به تنهایی شامل این مجوز نبوده و هرگونه صدور مجوز تحت عنوان خرج خارج از چارچوب تعیین شده مجاز نیست.

ج) در مواردی که در حین عمل سزارین چسبندگی به قدری باشد که منجر به پارگی احشاء (روده و مثانه و...) شود به طوری که برای ترمیم آن حضور متخصص دوم اعم از زنان، جراحی عمومی یا اورولوژی بر بالین بیمار الزامی باشد، متخصص زنان مجاز است منوط به احراز شرایط ذیل در صورت هوشیاری و رضایت خود بیمار اقدام به بستن لوله های رحمی نماید:

۱_ رضایت بیمار و همسرش

۲_ سزارین سوم و بالاتر

۳_ ثبت مستندات و تایید دو پزشک دیگر مشاور حین جراحی

تبصره ۱: هرگونه صدور مجوز و انجام بستن لوله های رحمی، خارج از این دستورالعمل و سامانه تعیین شده تخلف است و مرتکب، مطابق مفاد ماده ۷۱ قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، مجازات می شود.

تبصره ۲: هزینه انجام توبکتومی مطابق با قوانین تعرفه ابلاغ شده در مراکز بهداشتی و درمانی محاسبه میشود.

این دستورالعمل مشتمل بر ۸ ماده و ۱۵ تبصره در مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۲۲ به تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده و از تاریخ ابلاغ جایگزین کلیه دستورالعمل های پیشین می گردد.

فلوچارت بستن لوله های رحمی

مراجعه به بیمارستان مرجع توبکتومی و ارائه درخواست
و مستندات به دبیرخانه کمیته توبکتومی بیمارستان

برگزاری کمیته تخصصی بستن لوله های رحمی و بررسی
مستندات پرونده و صدور رای نهایی

ثبت مواردی که از کمیته توبکتومی بیمارستانی مجوز
دریافت نموده اند به همراه مستندات آن

بستری بیمار در بیمارستان بعد از تایید مسئول فنی
بیمارستان و انجام جراحی بستن لوله های رحمی

جاری

پیوست شماره ۲:

دسته بیماری	نام بیماری نیازمند بستن لوله های رحمی
بیماری های کلیوی	CKD- در صورت کراتینین بالای ۲ و GFR زیر ۳۰ - فشار خون غیرقابل کنترل با داروهای مجاز در بارداری ^۱
بیماری های تنفسی	هر بیماری ریوی به شرط ایجاد ^۲ pulmonary hypertension
بیماری های متابولیک	دیابت پیشرفته با درگیری عروق، هیپرآلدوسترونیزم و فئوکروموسیتوما ^۳
بیماری های مغز و	اپیلپسی مقاوم به درمان و یا غیرقابل کنترل با داروی safe ^۴

¹ Brenner and Rector's the Kidney 11th edition (2020): Initiating pregnancy with a serum creatinine >2.0 mg/dl carries a high risk (>30%) for accelerated decline in renal function both during and after pregnancy. (pg 1647)

Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e (2018):

- When the GFR has declined to ~40 mL/min, pregnancy is associated with a high rate of spontaneous abortion, with only ~20% of pregnancies leading to live births, and pregnancy may hasten the progression of the kidney disease itself (pg 2119)

² Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e (2018):

- Primary pulmonary hypertension is a contraindication to pregnancy. Termination of pregnancy may be advisable in these circumstances to preserve the life of the mother. In the Eisenmenger syndrome.....maternal and fetal deaths occur frequently. (pg 3442)
- In patients with pulmonary hypertension, vaginal delivery is less stressful hemodynamically than cesarean section. (pg 3442)

Uptodate Pulmonary hypertension due to lung disease and/or hypoxemia (group 3 pulmonary hypertension): Treatment and prognosis:

- Details regarding the care of select PH populations including patients who are considering pregnancy or who are pregnant, patients who are planning to travel or be exposed to high altitude, and patients requiring surgery are also discussed separately

³ Uptodate: Pregestational (preexisting) diabetes: Preconception counseling, evaluation, and management

- The likelihood of worsening microvascular complications in pregnancy is related to duration of diabetes and prepregnancy glycemic control [62]. Although two large prospective studies of females with type 1 diabetes, the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) [63] and the EURODIAB Prospective Complications Study [64], suggest that pregnancy alone is not a risk factor for the de novo development of microvascular complications, pregnancy can exacerbate preexisting microvascular disease, and this effect varies by type of complication.

اعصاب	AVM غیر قابل درمان / غیر قابل جراحی، آنوریسم غیر قابل جراحی^۵ تومور مغزی غیر قابل جراحی و ناتوان کننده^۶ واسکولیت های سیستم عصبی مرکزی غیر قابل کنترل یا کنترل شونده با داروهای immunosuppressive تراژون^۷ NMoS هایی که بیمار disabled شده باشند^۸
-------	---

^۴ Uptodate: Management of epilepsy during preconception, pregnancy, and the postpartum period

- Women with epilepsy were once counseled to avoid pregnancy, but epilepsy is no longer considered a contraindication to pregnancy. Over 90 percent of women with epilepsy will have good outcomes

Valproate should be avoided in all situations, with the rare exception that it may be used as a last resort when other AEDs have been tried and have failed to provide adequate control of seizures [23,24]. If valproate is used, it should be prescribed at the lowest effective dose. If possible, aim for doses of 500 to 600 mg/day [23] and for lower plasma levels (<70 mcg/mL) unless absolutely necessary to control seizures [25]. There are abundant, consistent data verifying that valproate carries a substantially increased risk for major congenital malformations, adverse neurodevelopmental consequences, and autism/autism spectrum disorder

^۵ Bradleys Neurology in Clinical Practice, 7th Edition (2016):

- In the past, physicians routinely advised women with an AVM, previously ruptured or not, to avoid pregnancy. This conclusion from early retrospective studies indicated that 87% of AVMs rupture during pregnancy and that 25% to 30% of initial ruptures are fatal. Subsequent analysis contradicted these dismal estimates. Still, we have no prospective studies. The clinician must exercise caution in interpreting this information.

^۶ Uptodate: Neurologic disorders complicating pregnancy:

- The changes that occur during pregnancy can have a significant effect on symptoms and tumor growth [58-60]

^۷ Bradleys Neurology in Clinical Practice, 7th Edition (2016):

- Based on proven utility for systemic vasculitides, high-dose prednisone plus cyclophosphamide has been the treatment of choice. As some patients may recover or stabilize on corticosteroid therapy alone, it is reasonable, in nonfulminant cases, to start with high-dose corticosteroids alone, adding cyclophosphamide if response does not occur promptly. The results of therapy are difficult to interpret because of (1) the rarity of the disorder, so that centers do not accumulate large numbers of patients; (2) the difficulty of unequivocally establishing the diagnosis other than by biopsy; (3) the inclusion of patients with the so-called benign form of CNS vasculitis (whose benignity, however, can be established only in retrospect); and (4) the inclusion of patients with diagnoses based only on angiography (pg 1016-1017)

^۸ Uptodate Neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD): Treatment and prognosis

- NMOSD in pregnancy — There are only limited and retrospective data on the relationship of NMOSD and pregnancy. These suggest that NMOSD is associated with an increased risk of miscarriage [60] and that the annualized relapse rate of NMOSD is increased in the first three to six months of the postpartum period

بیماری های قلبی	افزایش فشار پولمونر به هر دلیل کاهش عملکرد بطن چپ $EF < 30\%$ تنگی شدید دریچه میترال، تنگی شدید علامت دار دریچه آنورت کوآرکتاسیون آنورت غیر قابل اصلاح دیلاتاسیون آنورت صعودی ^۹ سابقه PPCM با هر اختلال عملکرد قلب باقی مانده ^{۱۰} سندرم اهلرز دانلوس ^{۱۱} سابقه جراحی فونتان با هر عارضه ای ^{۱۲}
-----------------	--

Bradleys Neurology in Clinical Practice, 7th Edition (2016):

NMO may be diagnosed reliably when a patient presents with optic neuritis, myelitis and supported by findings that include a spinal cord lesion demonstrated on MRI of three or more segments in length, NMO-IgG seropositivity, and brain MRI nondiagnostic of MS (Wingerchuk et al., 2006). Few studies are available on the effect of pregnancy on this uncommon demyelinating disease or the effect of the disease on pregnancy. Retrospective information from 20 women affected by NMO and experiencing 25 pregnancies finds a halving of the relapse rate during the first and second trimesters, a mild worsening in the third trimester, and for 3 months postpartum—a doubling. Investigators found no negative effect of epidural anesthesia or breastfeeding. The cumulative effect of pregnancy on NMO is thus difficult to predict (Bourre, 2012). An additional retrospective study of 40 patients and 54 pregnancies found the relapse rate throughout gestation unchanged, but increased some 4- to 5-fold during the subsequent 6 months postpartum (Kim et al., 2012). Cautious observation during the last trimester and postpartum is recommended. (Pg 1982)

⁹ Uptodate: Pregnancy in women with congenital heart disease: General principles

- Class IV conditions are associated with extremely high risk of maternal mortality or severe morbidity; pregnancy is contraindicated. (See 'Prenatal care' below.)

Conditions in this category include severe mitral stenosis, symptomatic severe aortic stenosis, bicuspid aortic valve with ascending aorta diameter >50 mm, Marfan syndrome with aorta dilated >45 mm, severe systemic ventricular systolic dysfunction (left ventricular ejection fraction <30 percent, New York Heart Association [NYHA] III to IV), native severe coarctation, Fontan circulation with associated complications, and significant pulmonary arterial hypertension of any cause.

¹⁰ Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e (2018):

Recurrence in a subsequent pregnancy has been reported, and women who do not have normal baseline left-ventricular function after an episode of peripartum cardiomyopathy should be counseled to avoid pregnancy. (pg 3442)

¹¹ Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e (2018):

- Ehlers-Danlos syndrome (EDS) may be associated with premature labor, and in type IV EDS there is increased risk of organ or vascular rupture that may cause death. For women with vascular EDS, pregnancy is relatively contraindicated because of the high risk of vascular and uterine rupture. (pg 3442)

اختلال متوسط عملکرد بطن چپ^{۱۲} بیماری ایزن منجر^{۱۳} بیماری دریچه ای که به نارسایی قلبی منجر به class Functional 3 و ۴ رسیده باشد و غیر قابل برگشت به ۲ باشد. - هر نوع مسائل حاد قلبی غیر از کرونر که به class 3 و ۴ رسیده باشد از قبیل میوکاردیت و پریکاردیت - سابقه بیماری کاردیومیوپاتی دیلاته در حاملگی های قبلی - سندروم مارفان در صورتی که قطر آئورت صعودی بیش از ۵ سانتی متر باشد^{۱۵}.	
ژنودرماتوزهای متوسط و شدید (با نظر متخصص پوست و ژنتیک) شامل - : - انواع ایکتیوزها (ایکتیوز وولگاریس، X-linked، ایکتیوز تملار، congenital	بیماری پوستی

¹² <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004575#>

The most commonly reported cardiovascular complications in patients with Fontan physiology-associated pregnancy were arrhythmia and heart failure. Miscarriages were highly prevalent as was prematurity and intrauterine growth restriction. Postpartum hemorrhage seems to be the most common obstetric

¹³ دربرونده قلبی بیشتر از سی درصد سایر روشهای جلوگیری از بارداری نیز قابل استفاده است.

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.008223>

Class IV: pulmonary artery hypertension; severe systemic ventricular dysfunction (LVEF <30%, NYHA III-IV); previous peripartum cardiomyopathy with any residual impairment of LV function; severe mitral stenosis or severe symptomatic aortic stenosis; Marfan syndrome with aorta dilated >45 mm; aortic dilation >50 mm in aortic disease associated with bicuspid aortic valve; native severe coarctation

¹⁴ عوارض و مرگ و میر بالا در مادر و جنین

Pulmonary hypertension poses one of the highest risks for maternal mortality, but actual data on the maternal and neonatal prognosis in this group are lacking.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626847/>

¹⁵ In 2011, the European Society of Cardiology guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy recommended to estimate maternal risk according to the modified World Health Organization (WHO) classification.² This risk classification integrates all known maternal cardiovascular risk factors including underlying heart disease and comorbidity.² The patients are classified as very low risk (class I), low to moderate risk (class II), high risk (class III) and extremely high risk (class IV), in which pregnancy is contraindicated

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779307/#lpo=11.2500>

بطور کلی بیماریهای قلبی که در طبقه بندی سازمان بهداشت جهانی در کلاس ۳ و ۴ قرار دارند به ترتیب پرخطر و بحرانی برای بارداری مادر قلمداد شده و روش پیشگیری بارداری مطمئن توصیه می شود



ichthyosiform erythroderma - ایکتیوز درمولیتیک و ایکتیوزهای اکتسابی) - انواع بیماری های اپیدرمولیز بولوز - لوپوس پوستی با ضایعات متعدد با نظر دو متخصص روماتولوژی و پوست - پمفیگوس ولگاریس و پسوریازیس شدید و ملانوم نوع پیشرفته که باعث خطر جدی جانی برای مادر شود^{۱۶}.	
- لوپوس فعال غیر قابل کنترل با درگیری یک ارگان ماژور - واسکولیتها در صورت درگیری ارگان های ماژور^{۱۷}	بیماری بافت همبند
- کبد چرب حاملگی در بارداری قبلی - واریس مری Grade3 portal Hypertention^{۱۸} سابقه خونریزی از واریس مری بدنبال	بیماری گوارشی

^{۱۶} بر اساس کتاب Bolognia 2018 تمام بیماری های فوق باید داروهای ترانژن را مادام العمر مصرف کنند که قابل جایگزینی با داروهای safe دیگری نیستند.

^{۱۷} <https://emedicine.medscape.com/article/335055-overview>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32845412>
<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198845096.001.0001/med-9780198845096-chapter-16>

^{۱۸} <https://www.uptodate.com/contents/acute-fatty-liver-of-pregnancy/print>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33015804>

به نام خدا

شماره:

تاریخ:

فرم درخواست طرح در کمیته بررسی و تایید بستن لوله های رحمی

ریاست محترم بیمارستان ...

با سلام و احترام

اینجانب خانم با کد ملی به شماره همسر آقای با کد ملی به شماره

۱. پیشنهاد استفاده از روش های جایگزین و برگشت پذیر جلوگیری از بارداری شامل:

- قرص هورمونی جلوگیری از بارداری،
- آمپولهای ماهانه یا هر سه ماه یکبار جلوگیری از بارداری،
- پوشش محافظتی جلوگیری از بارداری (کاندوم)
- و یا وسایل داخل رحمی با امکان جلوگیری از بارداری امن و طولانی مدت (IUD) را دریافت نمودم.

نام و نام خانودگی متقاضی: امضا و اثر انگشت:

نام و نام خانودگی همسر متقاضی: امضا و اثر انگشت:

۲. در خصوص عوارض عمل بستن لوله های رحمی از جمله:

- عوارض عمل جراحی همچون عفونت محل عمل و..،
- احتمال نامنظم شدن و افزایش میزان خونریزی قاعدگی
- مستعد شدن جهت عمل جراحی برداشتن رحم طی چند سال آینده،
- دشوار و پرهزینه بودن عمل برگشت باروری
- و همچنین شانس کم موفقیت در انجام عمل برگشت باروری مطلع شدم.

نام و نام خانودگی متقاضی: امضا و اثر انگشت:

نام و نام خانودگی همسر متقاضی: امضا و اثر انگشت:

با رضایت و آگاهی کامل خود و همسر من پس از دریافت تمامی مشاوره های لازم درخواست بستن لوله های رحمی را دارم.
خواهشمند است با توجه به مستندات پیوست بررسی و اعلام نظر فرمایید.

شماره تلفن ثابت:

شماره تلفن همراه:

آدرس:

نام و نام خانودگی متقاضی: امضا و اثر انگشت:

نام و نام خانودگی همسر متقاضی: امضا و اثر انگشت:

توسط دبیرخانه (دبیر کمیته) تکمیل می گردد و نتیجه نهایی ثبت گردد.



پیوست شماره ۴

صور تجلسه کمیته و فهرست اسامی موارد
بررسی شده در کمیته بستن لوله های رحمی
و اعلام نتایج

۱. نام متقاضی

۲. سن

۳. نام معرفی کننده بیمار برای طرح در
کمیته

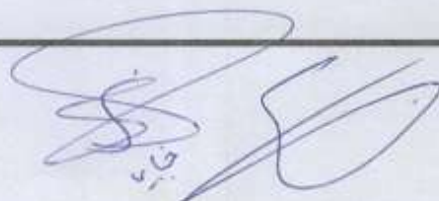
۴. علت تقاضا

۵. اندیکاسیون توبکتومی متقاضی

چیست؟

امضای اعضای کمیته:

ریاست کمیته (رئیس بیمارستان) نام و نام خانوادگی امضا	دبیر کمیته (معاون درمان بیمارستان) نام و نام خانوادگی امضا
مدیر نظارت بر درمان بیمارستان نام و نام خانوادگی امضا	مشاور حقوقی بیمارستان نام و نام خانوادگی امضا
متخصص جراحی زنان و زایمان نام و نام خانوادگی امضا	متخصص جراحی زنان و زایمان نام و نام خانوادگی امضا
متخصص بیماری های داخلی نام و نام خانوادگی امضا	متخصص ... نام و نام خانوادگی امضا
متخصص ... نام و نام خانوادگی امضا	متخصص ... نام و نام خانوادگی امضا



آرم معاونت درمان

پیوست شماره ۵

نام دانشگاه / دانشکده شهرستان تاریخ: شماره:

فهرست اسامی موارد معرفی شده و بررسی شده در کمیته مجاز عقیم سازی دائمی زنان (بستن لوله های رحمی)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	تعداد بارداری	تعداد فرزند زنده	واجد شرایط بستن لوله های رحمی می باشد؟ بلی / خیر	تلفن تماس
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						



بسمه تعالی

پیوست شماره ۶: چک لیست بستری و جراحی

به موجب مستندات پرونده و کمیته مورخ خانم فرزند به کد ملی جهت انجام جراحی بستن لوله های رحمی معرفی می شود.

▪ مستندات پرونده توسط اینجانب مسئول فنی بیمارستان بررسی و تایید شد.

نام و نام خانوادگی

امضا

▪ مستندات پرونده توسط اینجانب مسئول اتاق عمل بیمارستان بررسی و تایید شد.

نام و نام خانوادگی

امضا

مستندات شامل:

- مدارک شناسایی بیمار و همسر وی
- رضایت جراحی توسط بیمار و همسر وی



پیوست شماره ۷. پایش اجرایی سازی دستور العمل بستن لوله های رحمی (توبکتومی)

نام دانشگاه / دانشکده..... استان..... شهرستان..... بیمارستان..... تاریخ پایش.....

ردیف	نوع فعالیت	استاندارد ارزیابی (نحوه استخراج)	امتیاز
۱	آیا روسای بیمارستان و سایر اعضا کمیته نسبت به اجرایی سازی این دستور عمل توجیه شده اند؟	بررسی مستندات	
۲	آیا هسته آموزشی شهرستان ها و پرسنل بیمارستان ها در خصوص دستور عمل مراقبت باروری ویژه و فرایند اجرایی آن، آموزش لازم را دیده اند؟	حداقل یک جلسه در سال مستندات آموزشی (برگزاری دوره آموزشی)	
۳	آیا محتوا و متون آموزشی مبتنی بر دستور عمل و مکاتبات ابلاغ شده از دفتر توزیع و منتشر شده است؟	لیست توزیع	
۴	آیا اعضای کمیته بیمارستانی "بستن لوله های رحمی (توبکتومی)" تعیین شده اند؟	بررسی مستندات	
۵	نظارت و پایش عملکرد کمیته های بیمارستانی توسط معاونت درمان انجام و پسخوراند لازم ارسال گردیده است؟	بررسی مستندات و پسخوراند	
۷	آیا اطلاعات و آمار مربوط به شهرستان های تابعه، مطابق با راهنمای اجرایی دریافت و جمع بندی گردیده است؟	بررسی مستندات ارسالی مطابق با جدول زمان بندی	
۸	اطلاعات مرتبط با خدمات بستن لوله های رحمی گردآوری، تحلیل و گزارش شده است؟	مستندات/ مستندات بررسی شود، تحلیل آمار هر ۶ ماه یکبار	
۹	آیا برنامه زمان بندی تشکیل کمیته ها تهیه گردیده و موجود است؟	بررسی برنامه	
۱۰	آیا هماهنگی با متخصصین عضو کمیته صورت گرفته است؟	بررسی مستندات هماهنگی	
۱۱	آیا کمیته ها مطابق با جدول زمان بندی برگزار گردیده است؟	بررسی صورتجلسات و برنامه زمانبندی	
۱۲	آیا مستندات افراد متقاضی در دبیرخانه کمیته وجود دارد؟	بررسی مستندات	
۱۳	آیا صورتجلسات کمیته ها موجود و بر اساس چارچوب تدوین شده تکمیل گردیده است؟	بررسی صورتجلسات	