



# مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

گروه هدف: پزشک/ماما/مراقب سلامت/پرستار

ساعت آموزش: ۲/۵ ساعت

واحد تهیه کننده: مدیریت سلامت خانواده-جمعیت و مدارس / سلامت مادران / الهام حسامی

تاریخ تهیه: ۹۷/۳/۳۱

# هدف کلی برنامه سلامت مادران

❖ کاهش مرگ و عوارض ناشی از بارداری و زایمان در مادر تا ۶ هفته پس از زایمان و

کاهش مرگ پره ناتال (جنین و نوزاد)

❖ پیشگیری از ( پایان دادن به ) مرگ های قابل اجتناب مادران

معاونت بهداشت

# چشم انداز برنامه سلامت مادران

تمام مادران، با هر وضعیتی از سلامتی و بیماری، در زمان های مناسب (پیش از بارداری، بارداری، حین زایمان و تا شش هفته پس از زایمان) به مراکز ارائه دهنده خدمات (اعم از بخش دولتی یا خصوصی) مراجعه و خدمات اثر بخش و کارآمد دریافت دارند. به نحوی که پس از طی این دوره دچار مرگ و عوارض نشده و در صورت ابتلا به هر مشکل، درمان مناسب و موثر دریافت کنند و گذر از این دوران خاطره ای خوش برای آنها به جا گذارد.

معاونت بهداشت

# شاخص ها و هدف گذاری های بین المللی

## قبل از سال ۲۰۱۵

براساس اهداف توسعه هزاره (Millennium Development Goals) که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت، نسبت مرگ و میر مادران در کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد.

## بعد از سال ۲۰۱۵

بر اساس اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development Goals) و آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت هدف و شاخصهای جدید برای کاهش عادلانه مرگ مادری بعد از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ تعیین شده است.

❖ اگر چه جمهوری اسلامی ایران جز کشورهای موفق در دستیابی به اهداف توسعه هزاره اعلام شده و طبق نمودار، میزان MMR در کشور روند رو به کاهش پیدا کرده، ولی با عنایت به هدف گذاری کمی شورای سیاستگذاری مبنی بر کاهش میزان مرگ مادران، بایستی به ۱۵ درصد هزار تولد زنده تا پایان برنامه ششم توسعه (سال ۱۳۹۹) برسد.

# تعریف مرگ مادر (Mortality)

مطابق نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-10) و سازمان جهانی بهداشت است به شرح زیر می باشد:

مرگ در طول بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت های ارایه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف.

معاونت بهداشت

**شاخص مرگ مادر (MMR) یکی از مهمترین**

**شاخص های توسعه**

**در جهان است**



طبق آمار منتشر شده توسط WHO در سال ۲۰۱۵، مهم ترین علل مرگ و میر مادران به ترتیب فراوانی عبارتند از:

○ خونریزی های حاملگی (۲۵٪)، عفونت ها (۱۳٪)، سقط های غیر مجاز (۱۳٪)، اکلامپسی (۱۲٪)، obstructed labour (8%) و سایر علل مستقیم (۸٪) و غیر مستقیم مانند مالاریا، کم خونی، ایدز و علل قلبی عروقی که ۲۰٪ موارد را شامل می شوند.

○ در کشورهای توسعه یافته مهمترین علت مرگ و میر مادران Thromboembolism محسوب می شود در حالی که در کشورهای در حال توسعه مهم ترین علل، خونریزی های حاملگی و سپس ترومبوز عروق عمقی هستند.

# دلایل اهمیت مرگ مادری:

زیاد بودن موارد آن در دنیا (بزرگی مسأله)

اهمیت و نقش حیاتی مادر در سلامت خانواده و کودکان (شدت مسأله)

قابل پیشگیری بودن بسیاری از موارد مرگ مادری

❖ مرگ یک مادر، مرگ یک نفر نیست، تهدید سلامتی کل خانواده است

معاونت بهداشت





معاونت بهداشت

مرگ مادر نوک کوه یخی است که بزرگی آن مشخص  
نیست

MMR فقط قله Iceberg مشکلات ناشی از بارداری را نشان می‌دهد و بسیاری از عوارض و

خطرات بارداری پیدا نیستند

با مراقبت صحیح، به راحتی قابل تشخیص و درمان به موقع و کامل هستند

معاونت بهداشت



# شاخص MMR

تعداد مرگ دوران بارداری به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در طی یک دوره مشخص



# علل بالا بودن مرگ مادری در کشورهای در حال توسعه:

بدی وضع بهداشت و تغذیه

بالا بودن باروری ها

سن نامناسب بارداری

زایمان های غیر ایمن

کم بودن امکانات پزشکی



توجه: **MMR** بالا فقط به خاطر مسائل و امکانات پزشکی نیست بلکه به وضعیت اقتصادی، اجتماعی، کشاورزی، آموزش و پرورش، اقتصاد، راه و ترابری و... هم مربوط است

# عوارض دوران بارداری (Morbidity)

عوارض بارداری نیز سلامت مادر را به خطر می اندازد  
مثل: عفونت، افتادگی رحم و مثانه، ناباروری، هیستریکتومی و ...  
به ازای هر یک مورد مرگ مادری، ۱۰ تا ۷۰ زن دچار عوارض بارداری می شوند

معاونت بهداشت

# وضعیت MMR ایران

رو به کاهش است

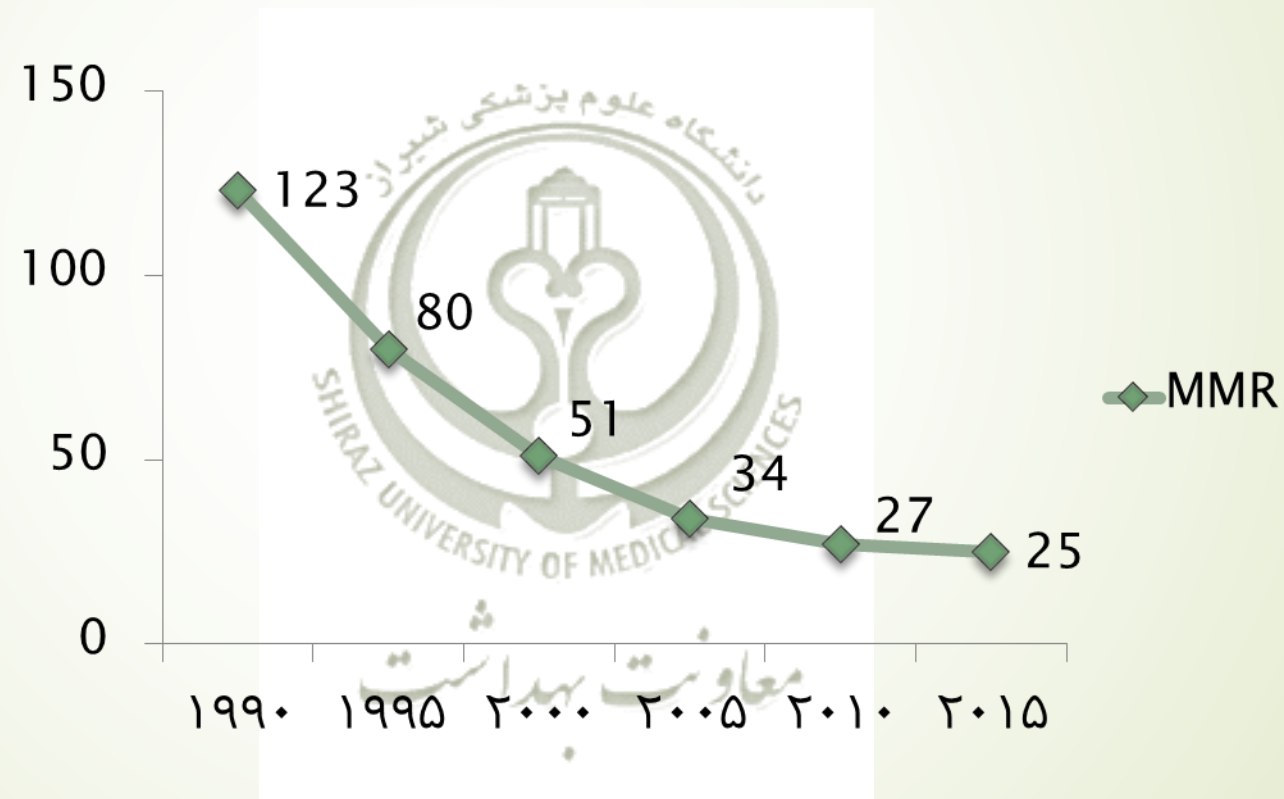
دلایل:

انجام مراقبت های بارداری (پیش از بارداری، حین آن یا Prenatal Care و پس از بارداری)

انجام زایمان ها توسط فرد دوره دیده (پزشک، ماما یا مامای دوره دیده) در بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی مجهز



# روند مرگ مادران در صد هزار تولد زنده در کشور ایران بر اساس ارقام تخمینی سازمان جهانی بهداشت (گزارش سال ۲۰۱۵ میلادی)



# مهمترین علت مرگ های مادری در ایران

خونریزی

اکلامپسی و پراکلامپسی

عفونت





# استراتژی WHO برای رسیدن به سلامت مناسب مادران و کاهش MMR Strategy of Maternal Health (SMH)

افزایش سطح سواد زنان

○ نوعی سرمایه‌گذاری است

○ مثال ایالت کرالای هند (از نظر اقتصادی مثل بقیه هند ولی سطح تحصیلات بالاتر)

○ یعنی: ارتباط MMR با سواد کم، قویتر از ارتباط آن با فقر است

معاونت بهداشت

# Strategy of Maternal Health (SMH):

انجام زایمان توسط فرد دوره‌دیده

○ تشخیص و درمان مناسب و به موقع موارد غیر عادی

○ کاهش عفونت های زایمانی (از علل مستقیم مرگ مادری)

رعایت Family Planning

○ جلوگیری از بارداری پرخطر

○ جلوگیری از بارداری ناخواسته



# Strategy of Maternal Health (SMH)

## مراقبت های بارداری

○ پیش از بارداری

○ حین بارداری

○ پس از زایمان



# Strategy of Maternal Health (SMH)

انجام جراحیهای ضروری در اولین سطح ارجاع (بیمارستان منطقه‌ای)

○ سزارین، جراحی برای EP و ...

امکانات حمل و نقل بیمار (اورژانس)



# اجزای برنامه سلامت مادران

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

نظام مراقبت مرگ مادری

کلاس های آمادگی برای زایمان

برنامه پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد / PMTCT

پیگیری مادران بارداری پرخطر

مراکز تسهیلات زایمانی



# اجزای برنامه سلامت مادران (ادامه)

پیگیری مادران مهاجر

ثبت زایمان های خارج بیمارستانی

سامانه پیام سلامت مادران

سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)

غربالگری ناهنجاری های جنین (سندرم داون)

معاونت بهداشت



# تاریخچه مراقبت های بارداری در ایران

برنامه های بهداشت مادر و کودک در ایران با فعالیت آموزشگاه عالی مامائی دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۸ آغاز شد.

۱۳۱۹: بنگاه حمایت مادران و کودکان تاسیس شد.

۱۳۲۶: زایمان و مراقبت از مادر و نوزاد در منزل نیز بر فعالیت بنگاه اضافه شد.

۱۳۳۵: تشکیل اداره بهداشت مادران و کودکان زیر نظر اداره کل بهداشت.

۱۳۴۶-۵۷: مراقبتهای بهداشتی مادران طی برنامه های عمرانی سوم، چهارم، پنجم ارائه می گردید.

دهه ۶۰: با گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور، دسترسی زنان باردار به این خدمات تسهیل و افزایش یافت.

# استفاده از پروتکل «مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران»

۱- بهبود کیفیت خدمات و افزایش اثر بخشی

۲- کاهش هزینه های خدمات و اجتناب از گران شدن خدمات ضروری

لازم به ذکر است پروتکل ها و دستورالعملهای وزارتخانه نشات گرفته از منابع رفرانس، توصیه های WHO و امکانات موجود کشوری است.





# انتظارات (ادامه)

شناسایی مادران باردار در جمعیت تحت پوشش (۷/۱۲ مورد انتظار کودکان زیر یکسال)

تشکیل پرونده الکترونیک و ثبت دقیق اطلاعات

ارائه خدمات بهداشتی بر اساس بسته خدمتی (بوکلت مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران)

پیگیری فعال مادران باردار و اطمینان از دریافت مراقبت

شناسایی و پیگیری مادران باردار پرخطر و مهاجر

آموزش و حساس سازی مادر باردار و خانواده در خصوص ضرورت مراقبت ها، علایم خطر و پیگیری ها

# انتظارات (ادامه)

ارجاع مادر باردار در مواقع ضروری ، طبق بسته خدمتی

بررسی و تجزیه و تحلیل آمار و شاخص های مربوط و ارائه مداخلات لازم

نظارت دقیق بر اجرای کلاس های آمادگی برای زایمان

اطمینان از اجرای برنامه پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد/ PMTCT

ثبت به موقع زایمان های خارج بیمارستان

نظارت بر عملکرد مراکز تسهیلات زایمانی (در صورت وجود)

معاونت بهداشت



# انتظارات (ادامه)

اجرای نظام مراقبت مرگ مادری



# منابع

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

تجدید نظر هفتم

دستورالعمل های ارسالی از وزارت متبوع

معاونت بهداشت

# پ ۱۶ - تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کومبس غیرمستقیم مثبت.	ناسازگاری خونی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان
HIV مثبت	آلودگی به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به آلودگی به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد
اوره غیر طبیعی کراتی نین خون بالاتر از ۰/۹ میلی گرم در دسی لیتر	بیماری کلیوی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
VDRL مثبت	STI احتمال مثبت کاذب؛ بیماری های کلاژن، عفونت متونوکلوژ، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	انجام تست FTAs-ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس
نتیجه غیر طبیعی سونوگرافی	مول، حاملگی خارج از رحم، جفت سرراهی، ناهنجاری جنین، چندقلویی، پلی یا الیگویدرآمیوس، تأخیر رشد داخل رحمی، رحم ناهنجار، مرگ جنین و ...	- در صورت وجود خونریزی، تب، درد شکم، آبریزش: اقدام طبق پ ۳ تا پ ۶ - در صورت نبود علامت فوق: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم: ارجاع فوری
پلاکت کمتر از ۱۵۰ هزار	پره اکلامپسی، خونریزی، دگلمان، آمیولی، آنمی همولیتیک، لوپوس، سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید	- تکرار آزمایش - در صورت شک به پره اکلامپسی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در غیر این صورت: ارجاع غیر فوری
TSH غیر طبیعی سه ماهه: اول: بیشتر از ۳/۹ و کمتر از ۰/۴ μIU/ml دوم: بیشتر از ۴/۹ و کمتر از ۰/۵ μIU/ml	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
پروتئینوری و همآچوری	بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲ و پ ۱۷
HbsAg مثبت	هماتیت ب	اقدام طبق پ ۱۷
هموگلوبین: کمتر از ۱۱ گرم درصد (سه ماهه دوم کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد) لام محیطی: میکروسیت و هیپوکرومیک کاهش MCV و MCH آهن سرم: کمتر از ۵۰ میکروگرم در دسی لیتر فریتین سرم: کمتر از ۱۵-۱۰ گرم در دسی لیتر	آنمی	اقدام طبق پ ۱۲
MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۷	تالاسمی مینور	بررسی همسر از نظر تالاسمی و در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از اندکس ها: ارجاع در اولین فرصت به مرکز مشاوره ژنتیک
کشت ادرار مثبت و یا وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتريت در ادرار	عفونت ادراری	- در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علائم: درمان مطابق با جواب آزمایش - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (میحت عفونت های ادراری)

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کشت ادرار منفی و وجود گلیکول سفید در ادرار	عفونت واژینال یا یورتیت کلامیدیایی	- در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علائم: توصیه های بهداشتی طبق ح ۸
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بین ۹۲ تا ۱۲۵	پره دیابت	- ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث دیابت بارداری) - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی - توصیه به تکرار آزمایش FBS و قند دو ساعت پس از غذا در دو هفته بعد. در صورت طبیعی بودن نتیجه آزمایش (FBS کمتر از ۹۲ و قند دو ساعت پس از غذا کمتر از ۱۲۰)، ادامه مراقبت ها و در غیر این صورت ارجاع به متخصص زنان
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۶	دیابت آشکار	- تکرار آزمایش یک هفته بعد - در صورت غیر طبیعی بودن نتیجه: ارجاع به متخصص داخلی
FBS و OGTT غیر طبیعی (هفته ۲۸-۲۴): FBS مساوی یا بیشتر از ۹۲ یا OGTT ساعت اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰ یا OGTT ساعت دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳	دیابت بارداری	ارجاع به متخصص زنان یا متخصص مربوطه
غربالگری جنین (سه ماه اول) هفته ۱۱-۱۳	کم خطر	نیاز به غربالگری دوم نیست.
در معرض خطر	احتمال کم ناهنجاری (مشکلات کروموزومی)	درخواست غربالگری جنین کوادمارکر در سه ماهه دوم (۱۵-۱۷) - تاکید به انجام در همان آزمایشگاه
پرخطر	در معرض خطر از نظر ناهنجاری جنین	ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالوژیست در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمنیوسنتز یا CVS)
غربالگری جنین (سه ماه دوم) هفته ۱۵-۱۷	کم خطر	—
پرخطر	احتمال کم ناهنجاری (مشکلات کروموزومی)	ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالوژیست در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمنیوسنتز یا CVS)

OGTT: آزمون تحمل یک ساعت و دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی

غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه اول: دو آزمایش خون Free BHCG, PAPP-A و سونوگرافی جنین از نظر اندازه گیری NT

غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه دوم: چهار آزمایش خون Free BHCG, AFP, uE3, Inhibin A







راهنمای کد گذاری دفتر مراقبت ممتد مادر

کلاس های آمالگی برای زایمان	مراقبت پیش از بارداری					
	نتیجه نهایی مراقبت	انجام آزمایش	سلامت روان	ابتلا به بیماری/ناهنجاری	مصرف مواد دخانی، الیونی و الکل	نمایه توده بدنی
<p>-عدم شرکت در کلاس - ۰</p> <p>-شرکت در کلاس - ۱</p>	<p>-پیش از بارداری مراقبت نشده است - ۰</p> <p>-مراقبت شده و منعی برای بارداری وجود ندارد - ۱</p> <p>-مراقبت شده و نیاز به مشاوره تخصصی بیشتر دارد - ۲</p>	<p>-عدم انجام آزمایش - ۰</p> <p>-انجام آزمایش (انجام CBC-FBS - TSH و تیتر سرخچه ضروری است) - ۱</p>	<p>-امتیاز کل کمتر از ۸ - ۰</p> <p>-امتیاز کل ۸ و ۹ - ۱</p> <p>-امتیاز کل ۱۰ و بیشتر و یا بیش از ۳ بار پاسخ نمی دهم - ۲</p> <p>-داشتن افکار خودکشی یا مرگ - ۳</p>	<p>-هیچیک از موارد - ۰</p> <p>-قلبی - ۱/۱</p> <p>-فشارخون مزمن - ۱/۲</p> <p>-کلیوی - ۲</p> <p>-اختلال روانپریشکی/صرع - ۳</p> <p>-دیابت - ۴</p> <p>-ناهنجاری دستگاه تناسلی - ۵</p> <p>-هپاتیت یا <u>HBsAg</u> - ۶/۱</p> <p>-ایدز - ۶/۲</p> <p>-VDRL - ۶/۳</p> <p>-آسم - ۷</p> <p>-تالاسمی مینور - ۸/۱</p> <p>-آنمی فقر آهن - ۸/۲</p> <p>-آنمی داسی شکل - ۸/۳</p> <p>-یافت همبند (لوپوس/آرتریت روماتوئید) - ۹</p> <p>-ترومبوفیلی/سابقه ترومبوآمبولی - ۱۰</p> <p>-سل - ۱۱</p> <p>-تیروئید - ۱۲</p> <p>-سایر بیماری ها (سرطان پستان، مالتیپل اسکلروزیس، ...) - ۱۳</p>	<p>-هیچیک از موارد - ۰</p> <p>-کشنیدن سیگار یا سایر دخانیات - ۱</p> <p>-مصرف داروهای مسکن و آرام بخش - ۲</p> <p>-مصرف الکل - ۳</p> <p>-مصرف مواد الیونی و محرک - ۴</p> <p>نکته: همه موارد فوق را در ۳ ماه اخیر در نظر بگیرید</p>	<p>-هیچیک از موارد - ۰</p> <p>-کمتر از ۱۸,۵ (کم وزن) - ۱</p> <p>-۲۴,۹ تا ۲۹,۹ (اضافه وزن) - ۲</p> <p>-بیش از ۳۰ (چاق) - ۳</p>

ارزیابی معمول بارداری		ایمن سازی	انجام آزمایش و سونوگرافی و غریالگری	شرح حال ابتدای بارداری	
اعزام یا ارجاع فوری	ارجاع غیر فوری			وضعیت بارداری فعلی	ابتلا به بیماری/ناهنجاری
-هیچیک از موارد- ۰ -خونریزی شدید- ۱ -شوک، اختلال هوشیاری، تشنج- ۲ -علائم پره اکلایپسی (فشارخون بالا، سردرد، تاری دید، افزایش تدریجی فشارخون، ورم)- ۳ -شکم حاد (درد شدید، تدریس، ریبند)- ۴ -فوریت های روتین پزشکی (افکار خودکشی)- ۵ -تهوع و استفراغ شدید یا استفراغ خونی- ۶ -شروع علائم زایمانی اعم از لقباضات رحمی یا پارگی کیسه آب قبل از ۳۷ هفته- ۷ -اختلال الگوی ضربان قلب جنین- ۸ -درد یک طرفه ساق و ران- ۹ -تب (با تشخیص احتمالی سقط عفونی، پیلوفریت، عفونت تنفسی تحتانی، مغزی، آندوکاردیت)- ۱۰ -تنگی نفس/تپش قلب- ۱۱	-هیچیک از موارد- ۰ -وزن گیری نامناسب- ۱ -عدم تطابق اندازه رحم یا سن بارداری- ۲ -زردی، رنگ پریدگی- ۳ -مشکلات دهان و دندان- ۴ -مشکلات پوستی- ۵ -امتیاز غریالگری سلامت روان ۱۰ و بالاتر یا بیش از ۳ بار پاسخ نمی دهم- ۶ -همسر آزاری- ۶/۲ -لکه بینی- ۷ -ضایعات ناحیه تناسلی- ۸ -فشار خون بالا قبل از هفته ۲۰- ۹ -تب (با تشخیص عفونت انگلی، گوارشی، تنفسی فوقانی، ویروسی)- ۱۰	-کامل بودن توام- ۱ -ناکامل بودن توام- ۲ -آنفلوآنزا- ۳ -تزریق رگام- ۴	-آزمایش نویت اول- ۱/۱ -آزمایش نویت دوم- ۱/۲ -سونوگرافی هفته ۱۶ تا ۱۸- ۲/۱ -سونوگرافی هفته ۳۱ تا ۳۴- ۲/۲ -انجام غریالگری جنین- ۳ -نتیجه غریالگری کم خطر- ۳/۱ -نتیجه غریالگری پر خطر- ۳/۲	-هیچیک از موارد- ۰ -قلبی- ۱ -کلیدی- ۲ -اختلال روتین پزشکی / صرع- ۳ -دیابت- ۴/۱ -دیابت بارداری- ۴/۲ -ناهنجاری دستگاه تناسلی- ۵ -هیپاتیت یا HBsAg- ۶/۱ -ایدز- ۶/۲ -VDRL- ۶/۳ -آسم- ۷ -تالاسمی مینور- ۸/۱ -آنمی فقر آهن- ۸/۲ -آنمی داسی شکل- ۸/۳ -بافت همبند (لوپوس)/آرتریت روماتوئید- ۹ -ترومبوفیلی / ترومبوآمبولی- ۱۰ -سل- ۱۱ -تیروئید- ۱۲ -فشار خون مزمن- ۱۳/۱	-هیچیک از موارد- ۰ -استفاده از روش پیشگیری همزمان یا بارداری، شیردهی همزمان یا بارداری- ۱ -فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال- ۲ -بارداری پنجم و بالاتر- ۳ -چند قلوئی- ۴ -ارهاش منفی یا همسر ارهاش مثبت- ۵ -شغل سخت و سنگین- ۶ -کشیدن سیگار یا سایر دخانیات- ۷/۱ -مصرف داروی مسکن و آرام بخش- ۷/۲ -مصرف الکل- ۷/۳ -مصرف مواد افیونی و محرک- ۷/۴ نکته: همه موارد کد را در ۳ ماه اخیر در نظر بگیرید. -BMI کمتر از ۱۸.۵ (کم وزن)- ۸/۱ -BMI ۲۴.۹ تا ۲۹.۹ (اضافه وزن)-
				-فشار خون بارداری- ۱۳/۲ -سایر بیماری ها (سرطان پستان، مالتیپل اسکروزیس، ...)- ۱۴	۸/۲ -BMI بیش از ۳۰ (چاق)- ۸/۳ -حاملگی ناخواسته- ۹ -رفتارهای پرخطر (سابقه زندان / سابقه تزریق خون / سابقه اعتیاد تزریقی / رفتار جنسی پرخطر)- ۱۰

				-فشار خون بارداری- ۱۳/۲ -سایر بیماری ها (سرطان پستان، مالتیپل اسکروزیس، ...)- ۱۴	۸/۲ -BMI بیش از ۳۰ (چاق)- ۸/۳ -حاملگی ناخواسته- ۹ -رفتارهای پرخطر (سابقه زندان / سابقه تزریق خون / سابقه اعتیاد تزریقی / رفتار جنسی پرخطر)- ۱۰
--	--	--	--	---	---

راهنمای کد گذاری دفتر مراقبت ممتد مادر

وضعیت مادر و نوزاد	ارزیابی معمول پس از زایمان		شرح زایمان			زایمان زودرس	سقط / حاملگی خارج از رحم
	اعزام یا ارجاع فوری	ارجاع غیر فوری	عامل زایمان	محل زایمان	نوع زایمان		
هیچکدام - ۰ مرگ مادر - ۱ مردده زایی - ۲ مرگ نوزاد در ۲۸ روز اول - ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹	-هیچیک از موارد - ۰ -خونریزی شدید - ۱ -شوک، اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل - ۲ -فشارخون بالا - ۳ -فوریت های روتین پزشکی (افکار خونکشی) - ۴ -درد شکم / درد پهلو (پیلونفریت / عفونت ادراری، ...) - ۵ -تب یا تشخیص احتمالی عفونت رحم یا متری - ۶ -درد یک طرفه ساق و ران - ۷ -علائم حیاتی غیر طبیعی - ۸ -شکم حاد - ۹	-هیچیک از موارد - ۰ -بیماری زمینه ای (قلبی، کلیوی، صرع، ...) - ۱ -کم خونی، سرگیجه، رنگ پرینگی شدید - ۲ -مشکلات دهان و دندان - ۳ -استیاز غریبالگری سلامت روان ۱۰ و یا لایتنر و یا بیش از ۳ بار پاسخ نمی داند - ۴ -تب یا تشخیص احتمالی عفونت محل بخیه - ۵ -تب یا تشخیص احتمالی آبسه پستان - ۶ -بی اختیاری ادرار و مدفوع - ۷	-متخصص زنان، پزشک عمومی، ماما - ۱ -ماما روستا، بهورز ماما - ۲ -ماما مطی، فرد دوره ندیده - ۳	-زایشگاه / بیمارستان - ۱ -واحد تسهیلات زایمانی - ۲ -منزل - ۳ -بین راه - ۴ -سایر (مطب و ...) - ۵	۱-طبیعی - ۲-سزارین -	-ادامه بارداری - ۰ -زایمان بعد از هفته ۲۲ تا ۳۶ هفته و ۶ روز - ۱	-ادامه بارداری - ۰ -سقط کمتر از ۱۲ هفته (زودرس) - ۱ -سقط بعد از ۱۲ هفته تا ۲۲ هفته (دیررس) - ۲ -ختم بارداری به دنبال نتیجه ناهنجاری تأیید شده در آمینوسنتز - ۳ -ختم بارداری به علت بیماری مادر - ۴ -ختم بارداری به علت ناهنجاری جنین (یا تشخیص سونوگرافی) - ۵ -حاملگی خارج از رحم - ۶

## با سلام و احترام

همانطور که مطلع هستید کمبود ید در دوران بارداری پیامد های بهداشتی متعددی از جمله هیپوتیروییدی نوزادی را بدنبال دارد . بررسی کشوری انجام شده با همکاری پژوهشکده علوم غدد درون ریز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نشان داده است که میانه ید ادرار مادران باردار کمتر از حد مطلوب است که به معنی عدم دریافت کافی ید می باشد . در این دوران نیاز روزانه به ید ۲۵۰ میکروگرم است که بخشی از آن با مصرف کم نمک یددار تصفیه شده و بخشی دیگر باید با استفاده از مکمل ید تامین شود. در این راستا با سفارش این معاونت تولید مکمل ید بصورت ترکیب با مکمل مولتی ویتامین مینرال و اسید فولیک در دستور کار قرار گرفت و در حال حاضر مکمل ترکیبی یدوفولیک و هم چنین مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید به تولید انبوه رسیده است. لذا ، با توجه به توصیه کمیته کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید خواهشمند است به کلیه واحدهای مرتبط موارد زیر را ابلاغ نمایید

- کلیه زنانی که قصد بارداری دارند از ۳ ماه قبل از بارداری و یا به محض اطلاع از بارداری روزانه یک عدد مکمل یدوفولیک که حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۵۰۰ میکروگرم اسید فولیک می باشد تا پایان ماه چهارم بارداری داده شود.
- از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مولتی ویتامین حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید به کلیه مادران باردار باید داده شود.
- بدیهی است از پایان ماه چهارم که مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید مصرف می شود مکمل یدو فولیک نباید استفاده شود.
- با توجه به اهمیت آموزش اطلاع رسانی در خصوص پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید بویژه در دوران بارداری و شیردهی ، در جلسات آموزشی و بازآموزی کارکنان بهداشتی این موضوع مورد تاکید قرار گیرد.

دکتر علی اکبر سیاری  
معاون بهداشت  
گرجان