



سازمان بیمه سلامت ایران

معاون بیمه خدمات سلامت

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره:

۹۷/۹۱۷۶۹

تاریخ:

۱۳۹۷/۰۳/۰۹

پیوست:

دارد

کد بخشنامه	۰	۰	۵	۵	۱	۰	۲	۰	۲	۲	۷	۹
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ادارات کل بیمه سلامت استانی

موضوع: پوشش بیمه ایی سزارین مطابق با اندیکاسیون های مصوب کمیته کشوری سلامت مادر و نوزاد

با سلام و احترام

با عنایت به نامه شماره ۴۰۰/۳۹۵۴ د مورخ ۹۷/۰۲/۳۰ معاونت محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، منضم به نامه شماره ۳۰۲/۱۲۲۷۴ د مورخ ۹۴/۰۸/۰۹ مدیرکل محترم دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، به پیوست اندیکاسیون های جدید انجام سزارین، ابلاغ می گردد. در این راستا شایان توجه است:

۱- با توجه به تاریخ ابلاغ بخشنامه، اسناد تیرماه به بعد کلیه مراکز درمانی و بیمارستان های دارای بخش زایمان می بایست از تاریخ ۹۷/۰۴/۰۱ مطابق مفاد بخشنامه فوق تنظیم و ارسال گردد.

۲- سزارین برنامه ریزی شده می بایست برای سن حاملگی ۳۹ هفته و بیشتر انجام گردد. سن بارداری براساس سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه می شود. در صورت نبودن سونوگرافی فوق، لازم است بر اساس اندیکاسیون ختم بارداری یا شروع علایم لیبر اقدام به سزارین نمود.

۳- بیمارستان باید در مدت زمان کمتر از ۳۰ دقیقه اقدامات لازم برای انجام سزارین اورژانس را فراهم نماید.

۴- بیمارستان های مشمول موظفند حداقل ۵ رشته تخصصی و متخصص مربوطه در زمینه های داخلی، جراحی، زنان، اطفال و بیهوشی را دارا باشند.

۵- در موارد یک بار سزارین قبلی با توجه به پروتکل زایمان طبیعی پس از سزارین، در صورت تمایل مادر، انجام زایمان طبیعی منعی ندارد.

۶- زمان ترخیص در مادران سزارین شده، ۴۸ ساعت پس از سزارین می باشد. در صورت صلاح دید پزشک، در مادر با حال عمومی خوب و بدون تب و بدون مشکل میتوان 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. در هر صورت در پرونده های گلوبال، هیچگونه هزینه ای بیشتر از تعرفه گلوبال مربوطه قابل پرداخت نبوده و در پرونده های غیر گلوبال، رعایت ضوابط و دستورالعمل های رسیدگی به اسناد بستری به ویژه هزینه های مربوط به عوارض عمل ضروری می باشد.

۷- برای تشخیص عدم تناسب سر جنین و لگن مادر لازم است تا با وجود دردهای زایمانی دیلاتاسیون سرویکس حداقل به ۴ سانتی متر رسیده باشد. در فاز فعال در موارد پیشرفت کند دیلاتاسیون از نظر دیستوشی بررسی گردد (مطابق فرم پارتوگراف)

جهت تأیید اندیکاسیون های اعلام شده ضروریست مدارک لازم از جمله فرم رضایت نامه انجام زایمان به روش سزارین، فرم پارتوگراف و پلویمتری و ... در پرونده بیمار ضمیمه گردد.

ش ش: ۳۸۶۰۳۳۴

مصدوق پستی: ۴۴۱۴-۱۳۹۵ تلفن گویا: ۱۶۶۶

کد پستی: ۱۹۴۸۷۴۴۸۵۱

آدرس: خیابان شریعتی، جنبه ارشاد، خیابان قبا، بلوار شهرزاد، خیابان شهید علیپور شگانی، پلاک ۸

دورنگار: ۲۲۸۴۴۷۷۹

تلفن: ۷-۲۲۸۵۸۷۲۰

پست الکترونیک: info@ihio.go.ir

آدرس سایت: www.ihio.gov.ir



سازمان بیمه سلامت ایران

معاون بیمه خدمات سلامت

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره:

۹۷/۹۱۷۶۹

تاریخ:

۱۳۹۷/۰۳/۰۹

پیوست:

دارد

شایسته است اطلاع رسانی لازم در این زمینه به ذینفعان در اسرع وقت صورت پذیرد.

دکتر سید مرتضی ادیانی

رونوشت:

سرکار خانم دکتر حنان حاجی محمودی مدیر کل محترم دفتر خدمات تخصصی جهت استحضار
آقای یعقوب نجمی مسئول دفتر مدیریت خدمات بیمه سلامت تخصصی و فوق تخصصی جهت اطلاع

ش ش: ۳۸۶۰۳۳۴

سندوق پستی: ۴۴۱۴-۱۹۳۹۵
تلفن گویا: ۱۶۶۶

کد پستی: ۱۹۴۸۷۴۴۸۵۱

آدرس: خیابان شریعتی، حسینیه ارشاد، خیابان قبا، بلوار شهرزاد، خیابان شهید علیپور مشکانی، پلاک ۸

دورمکار: ۲۲۸۴۴۷۷۹

تلفن: ۷-۲۲۸۵۸۷۲۰

پست الکترونیک: info@ihio.go.ir

آدرس سایت: www.ihio.gov.ir