



سازمان تامین اجتماعی

# ضوابط رسیدگی اسناد خدمات آزمایشگاهی

## در ویرایش سوم کتاب ارزش نسبی

اداره کل درمان غیر مستقیم

معاونت برنامه ریزی - خرداد ۱۳۹۸

## پذیرش و ثبت نمونه

الف) پذیرش و ثبت نمونه‌های آزمایشگاهی (کد ۸۰۰۰۰۵)

برای هر تعداد نسخه آزمایش در یک روز، یک بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ب) پذیرش و ثبت نمونه‌های سیتوپاتولوژی (کد ۸۰۷۰۰۰)

برای هر تعداد نسخه و نمونه سیتوپاتولوژی در یک روز، یک بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

**تبصره ۱-** به نسخ ژنتیک با توجه به گلوبال بودن هر کد که با لحاظ پذیرش و ثبت نمونه می‌باشد، کد پذیرش و ثبت نمونه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

**تبصره ۲-** در بیماران **بستری** کد پذیرش و ثبت نمونه در دوره بستری فقط **یک بار** قابل محاسبه و پرداخت است.

## خونگیری

در صورت پذیرش نسخ آزمایشگاهی که نیاز به نمونه‌گیری خون می‌باشند، با توجه به شرایط زیر صرفاً یک بار قابل محاسبه و پرداخت است.

### الف) خونگیری در افراد ۵ سال و بالاتر

از بین کدهای ۸۰۰۰۱۰ و ۸۰۰۰۱۲ با توجه به روش خونگیری (سرنگ یا لوله خلاء) فقط یک کد قابل پرداخت است.

### ب) خونگیری در اطفال زیر ۵ سال

از بین کدهای ۸۰۰۰۱۵ و ۸۰۰۰۱۷ با توجه به روش خونگیری (سرنگ یا لوله خلاء) فقط یک کد قابل پرداخت است.

تبصره ۱- در بیماران سرپایی به ازای هر تعداد خونگیری فقط یک بار کد خونگیری قابل پرداخت است.

تبصره ۲- به نسخ ژنتیک با توجه به گلوبال بودن هر کد که با لحاظ خونگیری می‌باشد، کد خونگیری قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۳- در بیماران بستری به ازای هر روز بستری، در صورت انجام خونگیری، یک بار قابل پرداخت می‌باشد.

## خدمات پاراکلینیکی به نوزادان با دفترچه مادر

خدمات مربوط به نوزادان که صرفاً در یک ماه اول تولد با دفترچه مادر امکان پذیر است صرفاً شامل خدمات بستری و حین بستری می باشد.

## معاینات و آزمایشات غربالگری

با عنایت به قوانین و مقررات جاری، معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیکی که به صورت دوره ای و غربالگری انجام می شوند در زمره تعهدات سازمانهای بیمه گر پایه نبوده و قابل محاسبه و پرداخت نیستند.

## کدهای مشابه یا معادل

برای آزمایشاتی که در کتاب فاقد کد مشخص می‌باشند یا در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه نمی‌باشند، استفاده از کدهای مشابه یا معادل، مجاز نمی‌باشد.

**تبصره-** خدمات پاتولوژی از ضابطه فوق مستثنی است.

**توضیح-** پس از اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مقرر گردید، در مواردی که در کتاب جهت خدمتی کد تعریف نشده است، از اعمال کد معادل خودداری گردد و تعرفه‌دار شدن و در تعهد بودن خدمت از طریق دبیرخانه شورای عالی بیمه پیگیری شود.

## آزمایش CPK MB MASS (کد ۸۰۰۵۷۱)

این آزمایش صرفاً در مراکز درمانی بستری و اورژانس قابل محاسبه و پرداخت است.

تذکر مهم - این کد با کدهای تروپونین، CPK توتال، MB CPK، LDH و میوگلوبین قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

## بررسی مورفولوژی سلولهای خونی

در صورت درخواست مورفولوژی و اندکسهای گلبولی ( MCV, MCH, MCHC و ...) با یا بدون CBC فقط هزینه یک CBC (کد ملی ۸۰۲۰۰۰) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

**توجه -** هزینه کد ۸۰۲۰۷۰ (آزمایش تجسس گسترش خون از نظر انگلهایی نظیر مالاریا، بورلیا، تریپانوزوم و سایر موترد مشابه) به منظور بررسی مورفولوژی سلولهای خونی قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

## روش های کمی، نیمه کمی و کیفی در شرح کد آزمایشات

آزمایشاتی که دارای روش های کمی، نیمه کمی و کیفی با کدهای مجزا باشند، تعرفه خدمت بر اساس روش درخواستی توسط پزشک قابل محاسبه می باشند و در صورت عدم ذکر روش انجام، کمترین تعرفه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره: در صورت درخواست همزمان یک آزمایش به دو روش کمی و کیفی، به علت تقدم آزمایش کیفی بر کمی فقط روش کیفی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

## آزمایش آلومین ادرار

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۲۶۵۵ مورخ ۹۶/۱۲/۲۷

### (۱) اندازه‌گیری آلومین ادرار

در صورت درخواست آزمایش اندازه‌گیری آلومین ادرار، صرفاً کد **۸۰۰۲۰۵** (آزمایش بیوشیمیایی تک درخواستی ادرار) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

### (۲) اندازه‌گیری میکروآلومین

الف) در صورت درخواست آزمایش اندازه‌گیری **کیفی** یا **نیمه کمی** میکروآلومین، کد **۸۰۰۲۲۰** (اندازه‌گیری کیفی یا نیمه کمی میکروآلومینوری با نوار تست یا سایر روش‌ها) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ب) در صورت درخواست آزمایش اندازه‌گیری **کمی** میکروآلومین ادرار، کد **۸۰۱۶۰۵** (اندازه‌گیری کمی میکروآلومین در ادرار به روش الیزا یا ایمونوتوربیدیمتری) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.



## آزمایشات مسمومیت دارویی

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۱۲۶۹ مورخ ۹۶/۶/۶

در صورت درخواست اندازه‌گیری داروهایی نظیر نورتریپتیلین، فنوباریتال، آمی‌تریپتیلین و ... به روش HPLC در سرم یا ادرار بیمارانی که با تشخیص مسمومیت دارویی در بخش‌های مسمومیت‌ها و بیمارستان‌های کودکان بستری می‌گردند، با توجه به نوع درخواست (کیفی یا کمی) و به ازای هر دارو، یکی از کدهای زیر قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

کد ۸۰۰۷۷۵ : اندازه‌گیری کیفی آنالیت(ها) با استفاده از کروماتوگرافی ستونی(مانند گاز، مایع و HPLC)

کد ۸۰۰۷۸۰ : اندازه‌گیری کمی آنالیت(ها) با استفاده از کروماتوگرافی ستونی(مانند گاز، مایع و HPLC)

## ضوابط تأیید و پرداخت آزمایشات HBV و HCV به روش PCR

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۷/۲۴۴۲ مورخ ۹۷/۱۲/۷

### هپاتیت B

با ارائه مدارک لازم در شروع درمان، آزمایش **HBV PCR کمی** تأیید می‌گردد. برای پایش وضعیت بیماری، آزمایش **HBV PCR کمی** هر **۱۲ ماه** یک بار قابل تأیید است. در صورت ثبات در وضعیت بیمار، افزایش تواتر به هر **۲۴ تا ۳۶ ماه** یک بار قابل تکرار است.

### هپاتیت C

با ارائه مدارک لازم در شروع درمان، آزمایش **HCV PCR کیفی** تأیید می‌گردد. در صورت منفی‌شدن **HCV PCR کیفی**، صرفاً برای **یک بار** دیگر در فاصله **۳ تا ۶ ماه** بعد قابل تکرار است.

## آزمایشات HCV PCR کمی و تعیین ژنوتایپ هیپاتیت C

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۷/۲۴۴۲ مورخ ۹۷/۱۲/۷

با توجه به دستورالعمل کاربردی مدیریت بیماری‌های هیپاتیت B و C و بخشنامه ابلاغی شماره ۴۰۲۰/۹۷/۶۸۱ مورخ ۹۷/۴/۱۹، آزمایشات **HCV PCR کمی** و **تعیین ژنوتایپ هیپاتیت C** ضرورتی برای انجام ندارند و قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشند.

**توجه ۱-** پزشکان صاحب صلاحیت برای تجویز، مدارک لازم برای تأیید و کدهای قابل پرداخت مطابق بخشنامه‌های ابلاغی می‌باشد.

**توجه ۲-** هزینه انجام غربالگری آزمایشات **HBV** و **HCV** (پیشنهادی دستورالعمل کاربردی مدیریت بیماری‌های هیپاتیت B و C ابلاغی رئیس شبکه هیپاتیت ایران) در تعهد سازمان نمی‌باشد.

## دستورالعمل درمان هیپاتیت C

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۷/۶۸۱ مورخ ۹۷/۴/۱۹

پیرو ارسال دستورالعمل درمان هیپاتیت سی (موضوع نامه شماره ۳۸ مورخ ۹۷/۱/۱۸) به استحضار می‌رساند با توجه به اینکه در حال حاضر نحوه تجویز داروی **داکلاتاسویر + سوفوسبوویر** جهت درمان **ژنوتیپ های چهار گانه** یکسان است، لذا اخذ آزمایشات تعیین ژنوتیپ جهت تشکیل پرونده و تأیید نسخه حاوی داروی فوق الزامی نیست.

چنانچه تغییری در نحوه پوشش داروها یا دستورالعمل درمان هیپاتیت حاصل شود، متعاقباً به اطلاع خواهد رسید.

## پانل آزمایشات عوامل بیماریزا به روش PCR مولتیپلکس

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۱۷۸۷ مورخ ۹۶/۸/۱۷

پانل آزمایشات عوامل بیماریزای مننژیت، سپسیس و ... به روش PCR مولتیپلکس در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت فاقد کد می‌باشند و قابل محاسبه با کدهای PCR کیفی و کمی به عنوان معادل نمی‌باشند.

## PCR کیفی برای سایر عوامل بیماری زا

با توجه به نقش تکمیلی بودن آزمایش PCR کیفی در تشخیص بیماری، در صورتی که نام پاتوژن در کتاب ارزش نسبی نباشد بر اساس کد ملی ۸۰۵۱۰۴ (RT/PCR) کیفی جهت سایر عوامل بیماریزا) و کد ملی ۸۰۵۰۹۷ (PCR) کیفی برای سایر عوامل بیماری زا) فقط یکبار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

## آزمایشات HLA

آزمایشات HLA به روش PCR برای پیوند اعضا

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۷/۲۳۶۵ مورخ ۹۷/۱۱/۲۸

تعهد سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص آزمایشات HLA مطابق بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۸۶۹ مورخ ۹۷/۴/۲۱ فقط برای دهندگان و گیرندگان پیوند مغز استخوان می‌باشد و برای سایر پیوندها از جمله پیوند کلیه با توجه به نداشتن اندیکاسیون درمانی، در تعهد نمی‌باشد.

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۸۶۹ مورخ ۹۶/۴/۲۱

آزمایشات HLA به روش PCR (ملکولی) صرفاً برای پیوند مغز استخوان، طبق ضوابط قابل تایید، محاسبه و پرداخت می‌باشد.

در سایر موارد (بیماری‌هایی مانند سلیاک و سندرم بهجت و سایر پیوندها) فقط کدهای آزمایشات به روش سرولوژی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشند.

کدهای قابل پرداخت HLA به روش سرولوژی در بیماریهای اتوایمیون  
(با توجه به نوع بیماری)

کد- ۸۰۲۵۷۰ : HLA Typing A,B, C تنها یک آنتی ژن (مانند B5 یا B27)

کد- ۸۰۲۵۷۵ : HLA, Typing, C, B, A چند آنتی ژن

کد- ۸۰۲۵۹۵ : HLA Typing DQ/DR تنها یک آنتی ژن

کد- ۸۰۲۶۰۰ : HLA Typing DQ/DR چند آنتی ژن

## ضوابط تایید آزمایشات HLA در پیوند مغز استخوان

پزشکان مجاز به تجویز آزمایشات HLA به روش PCR (ملکولی)

- متخصصین خون و انکولوژی
- متخصصین ایمنولوژی آسم آلرژی
- دکترای ایمنولوژی MD- PHD شاغل در مراکز پیوند مغز استخوان

### شرایط تایید آزمایشات HLA افراد دهنده پیوند

افراد دهنده پیوند شامل موارد زیر است:

- اولویت اول:** بستگان درجه یک شامل پدر، مادر، خواهر، برادر
- اولویت دوم:** بستگان درجه دو در صورتی که پدر و مادر باهم ازدواج فامیلی داشته باشند (عمه، خاله، دایی عمو، پدر بزرگ و مادر بزرگ) قابل تایید می باشد.
- مستندات مورد نیاز:** با توجه به نسبت دهنده پیوند، اصل و تصویر مدارک جهت احراز هویت ضروری می باشد.



## ضوابط اختصاصی بستگان درجه دو دهنده پیوند

در صورتی که دهنده از بستگان درجه دو باشد آزمایشات سرولوژی HLA قبل از انجام آزمایشات ملکولی مرحله یک الزامی می باشد.  
تبصره- افراد گیرنده پیوند و بستگان درجه یک دهنده پیوند نیاز به انجام آزمایش سرولوژی HLA ندارد.

## کدهای قابل پرداخت آزمایشات سرولوژی HLA

- کد ملی ۸۰۲۵۷۵ : آزمایش HLA Typing A,B,C چند آنتی ژن
- کد ملی ۸۰۲۶۰۰ : آزمایش HLA Typing DR,DQ چند آنتی ژن به طور همزمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- این آزمایشات نیاز به تأیید اولیه در دفتر اسناد پزشکی ندارند.

## کدهای قابل تأیید آزمایشات HLA ملکولی- مرحله اول

- کد ۸۰۰۰۰۵ : پذیرش و ثبت نمونه های آزمایشگاهی
- کد خونگیری وریدی : با توجه به سن فرد و نحوه خونگیری یک کد قابل پرداخت است.
- کد ۸۰۵۰۰۰ : استخراج DNA
- کد ۸۰۵۱۰۵ : HLA Typing A, B, DR

## ضوابط تائید آزمایشات HLA ملکولی- مرحله دوم

اگر نتیجه آزمایشات مرحله اول کاندید دهنده پیوند با گیرنده پیوند سازگار باشد، مرحله دوم قابل تائید است.  
تبصره: انجام همزمان آزمایش HLA مولکولی مرحله اول و دوم فقط برای فرد گیرنده پیوند قابل محاسبه و پرداخت می باشد

## کدهای قابل تائید آزمایشات HLA ملکولی- مرحله دوم

-کد ۸۰۰۰۰۵: پذیرش و ثبت نمونه‌های آزمایشگاهی

-کد خونگیری وریدی: با توجه به سن فرد و نحوه خونگیری یک کد قابل پرداخت است.

-کد ۸۰۵۰۰۰: استخراج DNA

-کد ۸۰۵۱۰۷: HLA Typing DQ - تا ۸ بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

توجه- نتایج آزمایشات HLA ملکولی می‌بایست توسط آزمایشگاه ارائه دهنده خدمت در پورتال معاونت درمان ثبت گردد.

## خدمات انتقال خون

ملاک محاسبه و پرداخت هزینه فرآورده های خونی

- فرم درخواست پزشک معالج با نوع فرآورده و ذکر تعداد واحد

- گزارش کراس میچ و آماده سازی فرآورده توسط آزمایشگاه،

- الصاق برچسب فرآورده های خون مصرفی و تکمیل "فرم تزریق فرآورده های خونی"

تبصره- می بایست شماره کیسه خون مندرج در فرم های نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد (FFP)، پلاکت، کرایو یا تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز با شماره کیسه خون موجود در فرم تزریق فرآورده های خونی یکسان باشد.

با توجه به فرآیند تزریق فرآورده های خونی که تکمیل نهایی گزارش پس از تزریق فرآورده صورت می گیرد، نگرانی از آسیب به فرآورده موضوعیت ندارد. بنابراین مطابق مصوبه شورای هماهنگی سازمان های بیمه گر، ملاک محاسبه و پرداخت فرآورده های خون مصرفی، الصاق برچسب کیسه روی فرم گزارش تزریق می باشد.

## ضوابط محاسبه و پرداخت آزمایش کراس مچ خون

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۲۳۵۵ مورخ ۹۶/۱۱/۱۷

### (۱) آزمایش کراس مچ خون های مصرفی

به ازای هر کیسه خون تزریق شده به بیمار با رعایت استانداردهای انتقال خون، **یک بار** آزمایش کراس مچ استاندارد (کد ۸۰۲۵۱۵) قابل محاسبه و پرداخت است.

### (۲) آزمایش کراس مچ خون در اعمال جراحی الکتیو

در مواردی که جهت اعمال جراحی الکتیو درخواست آماده سازی خون می گردد ولی بدلیل عدم نیاز بیمار، خون تزریق نمی گردد، در صورت انجام آزمایش کراس مچ و ثبت در اسناد مثبت، حداکثر **یک بار** آزمایش کراس مچ استاندارد (کد ۸۰۲۵۱۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

### ۳) آزمایش کراس میچ خون بیماران تالاسمی

با توجه به اینکه کد گلوبال تزریق خون بیماران تالاسمی (کد ۳۰۲۳۴۵) شامل آزمایش کراس میچ نیز می‌باشد، لذا در موارد معمول تزریق خون این بیماران، بابت کراس میچ هزینه‌ای قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

کد ۳۰۲۳۴۵: تزریق خون در بیماران تالاسمی به صورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس میچ خون و اندازه‌گیری هموگلوبین خون و تزریق خون)

## هزینه تزریق فرآورده های خونی

کد ۳۰۲۳۵۵ (تزریق خون یا فرآورده های خون به هر روش در بالغین) یا کد ۳۰۲۳۴۰ (تزریق خون یا فرآورده های خون به هر روش در اطفال و نوزادان) برای هر جلسه تزریق خون و فرآورده های خونی (اعم از یک تا چند واحد) فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

توجه- ملاک سن اطفال برای پرداخت کد ۳۰۲۳۴۰ (تزریق خون یا فرآورده های خون به هر روش در اطفال و نوزادان) تا ۳ سالگی می باشد.

کدهای خدمات و فرآورده های خونی در کلیه بیمارستانهای دولتی، خصوصی و عمومی غیر دولتی، صرفاً با مبلغ k دولتی قابل محاسبه و پرداخت است.

2K تمام وقت جغرافیایی برای مسئول فنی آزمایشگاه برای کلیه خدمات انتقال خون قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

## هزینه فیلتر خون برای تزریق فرآورده گلبول قرمز با حذف لکوسیت یا شسته شده

در مواردی که تزریق خون با فرآورده‌های گلبول قرمز با حذف لکوسیت (کد ۸۰۲۶۶۰) و گلبول قرمز شسته شده (کد ۸۰۲۶۷۶) انجام پذیرد، هزینه فیلتر خون قابل محاسبه و پرداخت نبوده و هزینه ای نیز از بیمار قابل دریافت نمی‌باشد.

نکته- عمده مصرف فرآورده‌های فوق در بیماران تالاسمی می‌باشد.

درخواست همزمان کد ملی ۸۰۲۶۶۰ (گلبول قرمز با حذف لکوسیت) با کد ملی ۸۰۲۶۷۶ (گلبول قرمز شسته شده) قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

## فیلتر ویژه حذف لکوسیت

در صورت درخواست پزشک معالج و داشتن اندیکاسیون، برای تزریق فرآورده گلبول قرمز متراکم (کد ۸۰۲۶۵۲) فیلتر ویژه حذف لکوسیت قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

## ضوابط رسیدگی و پرداخت خدمات آفرزیس درمانی

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۲۲۹۴ مورخ ۹۶/۱۱/۸

جداسازی فراورده‌های خونی با دستگاه در یک سیستم بسته را آفرزیس (Apheresis) می‌گویند و شامل پلاسما فرزیس، پلاکت فرزیس، لکوفرزیس و اریتروفرزیس است.

### هزینه‌های قابل پرداخت برای پلاسمافرزیس درمانی

#### ۱- کد خدمت پلاسمافرزیس درمانی

در صورت انجام پلاسمافرزیس درمانی در هر روز، فقط یک بار کد ۸۰۲۶۶۶ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره- با توجه به نحوه انجام پلاسمافرزیس درمانی، کد ۸۰۲۵۵۵ (پلاسمافرزیس درمانی برای هر ۵۰۰ سی‌سی) جهت پلاسمافرزیس درمانی با دستگاه آفرزیس قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.



## ۲- مایعات جایگزین

مایع جایگزین پلاسمافرزیس درمانی شامل نرمال سالین، آلبومین و یا پلاسما FFP می‌باشد. مبنای پرداخت هزینه مایع جایگزین، درخواست پزشک معالج و گزارش ارائه خدمت است.

### الف) فراورده خونی پلاسما FFP

به میزان درخواست پزشک معالج و گزارش تزریق آن با کد ۸۰۲۶۵۶ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

### ب) داروی آلبومین

در صورت تجویز پزشک متخصص معالج برای جایگزینی پلاسما توسط آلبومین به صورت درصد مایع جایگزین با شرایط زیر قابل محاسبه و پرداخت است:

۱) پرداخت داروی آلبومین منوط به اخذ تائید و ثبت آن در پورتال معاونت درمان و الصاق مستندات مربوط به پرونده بیمار می‌باشد.

۲) حداکثر تعداد آلبومین (ویال ۵۰ سی سی با غلظت ۲۰ درصد) قابل پرداخت با توجه به حجم پلاسمافرزیس درمانی تجویزی، به شرح زیر است:

به ازای ۱/۵ لیتر تا ۵ عدد، برای ۲ لیتر تا ۶ عدد، برای ۲/۵ لیتر تا ۸ عدد و برای ۳ لیتر تا ۹ عدد

۳) در صورت تجویز همزمان آلبومین و FFP، تعداد آلبومین با توجه به نسبت تجویز شده محاسبه و پرداخت گردد.

### ج) سرم نرمال سالین

در صورت مصرف با توجه به حجم پلاسمافرزیس و سایر مایعات جایگزین ثبت شده در گزارش انجام کار، قابل محاسبه و پرداخت است.

### ۳- لوازم مصرفی

ست کامل پلاسمافرزیس (شامل ست و کیسه ترانسفریگ، هر کدام یک عدد)

تبصره ۱- در صورتی که حجم پلاسمافرزیس بیش از یک لیتر باشد، به ازای هر لیتر اضافه، یک ترانسفریگ به طور جداگانه قابل پرداخت است.

تبصره ۲- مبنای پرداخت ست کامل پلاسمافرزیس، لیست تجهیزات پزشکی ابلاغی (بخشنامه شماره ۱۶۴۰ مورخ ۱۳۹۶/۷/۲۹) می باشد.

تبصره ۳- مبنای پرداخت ست پلاسمافرزیس اطفال، وزن زیر ۲۵ کیلوگرم است.

## ۴- محلول ضد انعقاد سیترات سدیم ۴ درصد

به ازای هر جلسه پلاسمافرزیس درمانی، یک عدد تا سقف ۲۵۰,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت است.

### مدارک لازم برای محاسبه و پرداخت خدمات پلاسمافرزیس

- ۱- درخواست پزشک متخصص معالج شامل ذکر نام بیماری، حجم پلاسمافرزیس تجویزی، تعداد جلسه و مایعات جایگزین
- ۲- گزارش انجام خدمت: گزارش انجام خدمت پلاسمافرزیس حاوی حجم پلاسمافرزیس انجام شده به همراه لیست لوازم و داروهای مصرفی پلاسمافرزیس
- ۳- در صورت مصرف FFP فرم تزریق فراورده‌های خونی لازم است.
- ۴- فاکتور ست، محلول سیترات سدیم و ترانسفر بگ اضافه (در صورت مصرف)

## فراورده پلاکت به روش آفرزیس (پلاکت فرزیس) Single Donor Platelets

به گرفتن پلاکت از فرد طبیعی گفته می‌شود و هدف گرفتن کیسه پلاکتی است. هر کیسه پلاکتی آفرزیس ۶ تا ۸ برابر کیسه معمول پلاکتی، پلاکت دارد.

## لکوفرزیس درمانی

به جداسازی گلبولهای سفید گفته می‌شود و در مواردی که بیمار **هایپرلکوسیتوز** داشته باشد مانند بیماران مبتلا به CML ممکن است لکوفرزیس انجام شود.

## هزینه‌های قابل پرداخت خدمات پلاکت فرزیس، لکوفرزیس و اریترفرزیس

- (۱) خدمات پلاکت فرزیس با کد ۸۰۲۶۶۸، لکوفرزیس با کد ۸۰۲۶۷۰ و اریترفرزیس با کد ۸۰۲۶۷۸ قابل محاسبه و پرداخت است.
- (۲) محلول ضد انعقاد سیترات سدیم ۴ درصد: به ازای هر جلسه آفرزیس درمانی، یک عدد تا سقف ۲۵۰,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت است.
- (۳) لوازم مصرفی شامل ست

## مدارک لازم برای محاسبه و پرداخت برای پلاکت فرزیس، لکوفرزیس و اریترفرزیس

- ۱- درخواست پزشک متخصص معالج شامل ذکر نام بیماری و نوع آفرزیس (پلاکت فرزیس، لکوفرزیس و اریترفرزیس) درخواستی
- ۲- گزارش انجام خدمت: گزارش انجام خدمت آفرزیس (پلاکت فرزیس، لکوفرزیس و اریترفرزیس)
- ۳- فاکتور ست، محلول سیترات سدیم و ترانسفر بگ اضافه (در صورت مصرف)

سلامت و شادکام باشید