



مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان تهران

معاونت خرید راهبردی و اسناد پزشکی

ضوابط و دستورالعمل‌های طب اورژانس

مهر ماه ۹۹

صفحه	فهرست مطالب
۱	تعریف بخش اورژانس
۲	کوریکولوم آموزشی طب اورژانس
۳	تعریف تریاژ
۵	سطوح تریاژ - سطح یک
۷-۹	سطوح دو تریاژ
۱۰	سطوح ۳ و ۴ و ۵ تریاژ
۱۱	جدول دسته‌بندی خدمات اورژانس از حیث
۱۲	الگوریتم تریاژ اورژانس
۱۳-۱۵	انواع ویزیت در اورژانس ، مراقبت بحرانی ، ویزیت جامع
۱۷	ویزیت محدود
۱۸	تخت روز
۱۸-۲۰	نحوه محاسبه ویزیت و مشاوره در اورژانس
۲۱	نحوه محاسبه خدمات همراه با ویزیت در کلیه سطوح تریاژ
۲۲	ضوابط محاسبه خدمات پرستاری در بخش اورژانس
۲۲	نحوه محاسبه برخی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش اورژانس
۲۲	مانیتورینگ و پالس اکسی متری
۲۳	ECG مانیتورینگ - خدمات همراه CPR
۲۳	آرام بخشی و بی دردی - تزریق ماده بی حس کننده
۲۴	کشیدن بخیه - سونوگرافی Fast - پانسمان - ترمیم‌ها
۲۶	شکستگی و جا اندازی و گچ گیری
۲۶	تجویز CT Scan در اورژانس
۲۷	2K و طب اورژانس
۲۷	فرانشیز در بخش اورژانس
۲۸ - ۳۳	نحوه رسیدگی به اسناد بستری در بخش اورژانس
۳۴	نمونه فرم تریاژ
۳۵ - ۳۶	نمونه کدینگ خدمات درخواستی در اورژانس

مقدمه

وجود متخصص طب اورژانس و انجام ویزیت و مراقبت تخصصی بصورت جامع بر بالین بیمار می‌تواند نجات‌بخش جان بیمار بوده و با تشخیص و درمان به موقع مدت زمان انتظار و مدت زمان بستری بیماران را کاهش و با تعیین تکلیف سریعتر میزان رضایت‌مندی را نیز ارتقاء بخشید. به نظر می‌رسد که با حضور متخصصین طب اورژانس در سیستم درمانی خدمت‌رسانی به بیماران اورژانس وضعیت مطلوب‌تری پیدا می‌کند و زمان انتظار برای دسترسی به خدمات کاهش می‌یابد. در ضمن با کاهش زمان انتظار بیماران و تعیین تکلیف به موقع آنها تخته‌های بیشتری جهت پذیرش‌های آینده در دسترس قرار می‌گیرد.

حضور فعال متخصصین طب اورژانس و ارائه مراقبت بحرانی در بخش بیمار را بصورت یکجا و همزمان از تمامی جهات بررسی کرده و با توجه به مهارت‌های لازم در حیطه‌های مختلف حتی‌المقدور بدون نیاز به مشاوره با سایر متخصصین مراحل تشخیصی و درمانی بیمار را انجام می‌دهند، لذا علاوه بر اینکه از نظر زمانی بسیار صرفه جویی شده این امر در مورد بیماران بدحال منجر به کاهش میزان مرگ و میر، کاهش مشاوره‌های غیر ضروری و کاهش میزان بستری در بخش‌ها و افزایش روند ترخیص بیماران و کاهش ضریب اشغال تخت و در نهایت کاهش هزینه‌های کلی نیز از نتایج آن می‌باشد.

مجموعه تهیه شده شامل تجمیع دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان و همچنین نحوه رسیدگی به اسناد پزشکی می‌باشد که توسط اداره اسناد پزشکی استان تهران تهیه و تنظیم گردیده است.

۱- بخش اورژانس^۱ (Emergency room)

اورژانس یا فوریت‌ها به محلی گفته می‌شود که خدمات پزشکی اورژانس به بیماران ارائه می‌شود. اورژانس‌ها معمولاً به عنوان بخش یا دپارتمان از بیمارستان محسوب می‌شوند ولی معمولاً به جهت دسترسی بهتر و سریع‌تر بیماران در محلی جدا از ساختمان اصلی بیمارستان قرار می‌گیرند.

۲- مراجعین بخش اورژانس

مراجعین بخش اورژانس در واحد تریاژ با الگوی ESI پنج سطحی به دو دسته بیماران سرپایی و بستری تقسیم‌بندی می‌گردند.

الف) بیماران سرپایی اورژانس:

شامل سطح ۴، ۵ تریاژ بوده و در فضای Fast Track که عملکرد مشابه درمانگاه اورژانس را دارد خدمات مربوطه را دریافت می‌کنند (اخذ نوار قلب، سرم‌تراپی، تزریقات و...).

ب) بیماران بستری موقت^۲:

شامل بیمارانی می‌شود که در بخش اورژانس یا درمانگاه بیمارستان تا ۶ ساعت بنا به دلایل مختلف از قبیل تروما، شکم حاد، جراحی سرپایی، آنژین قلبی، درمان طبی و... تحت نظر بوده و برای آن‌ها اقدامات درمانی با تشکیل پرونده بستری موقت انجام می‌شود. (سه‌م سازمان جهت این پرونده‌ها ۷۰ درصد می‌باشد).

۳- طب اورژانس (Emergency medicine)

طب اورژانس یک تخصص بالینی است که به ارزیابی، احیا، تثبیت، تشخیص و مراقبت از بیماران اورژانس می‌پردازد. این رشته تخصصی دربرگیرنده مهارت‌های مناسب جهت تشخیص، تصمیم‌گیری و درمان بیماران مراجعه کننده به اورژانس و نیز مدیریت بخش اورژانس و حوادث غیرمترقبه می‌باشد.

(ویکی‌پدیا) ^۱ wikipedia

(شیوه‌نامه پذیرش و رسیدگی اسناد اورژانس) ۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰^۲

الف- مهارت‌های پروسیجرال (اقدامات تشخیصی-درمانی عمده):

- تکنیک‌های پایه و پیشرفته اداره راه هوایی
- تهویه مکانیکی و اداره بیمار متصل به ونتیلاتور
- ماساژ باز و بسته قفسه سینه و سایر مانورهای به کار رفته در احیای قلبی-ریوی پیشرفته
- انواع روش‌های برگ‌گیری، محیطی و مرکزی و سایر دسترس‌های عروقی مورد استفاده در اورژانس
- پریکاردیوسنتز و توراکوسنتز سوزنی
- تعبیه Chest-Tube
- آرامبخشی با حفظ هوشیاری (Conscious-Sedation) در اطفال و بالغین
- انواع بلوک‌های عصبی ورژیونال و سایر روش‌های بی‌دردی مورد استفاده در اورژانس
- لاواژ تشخیصی صفاق DPL (به روش باز یا بسته)
- جا اندازی هرنی‌های شکمی
- انسیزیون هموروئید ترومبوزه خارجی
- استفاده از Balloon-Tamponde در خونریزی‌های واریسی دستگاه گوارش
- انجام سونوگرافی هدف‌دار در بیمار ترومایی (Fast) و سایر کاربردهای سونوگرافی در فوریت‌ها
- آنوسکوپي / پروکتوسکوپي / سیگموئیدسکوپي / جهت برنامه‌ریزی درمانی در موارد اورژانس
- کاتتریزاسیون (سونداژ) و شستشوی مثانه
- انجام زایمان طبیعی واژینال در موارد اورژانس و انجام اپیزیوتومی
- پونکسیون لومبر در شیرخواران، اطفال و بالغین و اندازه‌گیری فشار CSF
- پروسیجرهای اورژانس چشم، گوش، و حلق و بینی
- انواع روش‌های اداره پایه و پیشرفته زخم و بررسی (Explore) موضعی زخم

دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی - تاریخ تنفیذ در شصت و نهمین نشست - آبان ۱۳۸۷^۳

- آرتروسنتز و تزریق درمانی در تاندون و بورس
- اندازه‌گیری فشار کمپارتمان
- بی‌حرکت‌سازی شکستگی‌ها و دررفتگی‌های اورژانس با آتل، گچ‌گیری و سایر تکنیک‌های بی‌حرکت‌سازی سرپایی

ب- تداخل عمل با رشته‌های دیگر (کدام یک از اقدامات تشخیصی، درمانی و عملی

توسط رشته‌های دیگر نیز انجام می‌شوند؟

طب اورژانس رشته‌ای Multidisciplinary است و لذا تقریباً با همه رشته‌های تخصصی دیگر در تعامل است. به سبب ماهیت و گستردگی دانش آن از کلیه رشته‌ها، بخش‌هایی را دربر می‌گیرد. فعالیت بجا توأم با رویکرد صحیح آن می‌تواند موجب کاهش بار سایر رشته‌ها شود. بنابر این ضمن داشتن همپوشانی در بسیاری از موضوعات، تداخل عملی با هیچ رشته‌ای ندارد.

۵- تریاژ (Triage)

۵-۱- تعریف^۴:

فرآیند تصمیم‌گیری به منظور انتخاب و اولویت‌بندی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بر اساس فوریت نیاز به درمان می‌باشد که توسط پرستاران باتجربه و آموزش‌دیده با همکاری پزشکان اورژانس انجام می‌گردد و سطح اولویت بیمار بر اساس آیتم‌های مشخص در فرم ویژه تریاژ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ثبت می‌گردد.

- مناسب‌ترین روش تریاژ برای کشور ما استفاده از روش ۵ سطحی (ESI (Emergency Severity Index) می‌باشد که به ترتیب اولویت، منابع و شرایط بحرانی بیمار از سطح ۱ تا ۵ دسته‌بندی می‌گردد.

^۴ (شیوه‌نامه پذیرش و رسیدگی اسناد اورژانس) ۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

- نکته حائز اهمیت در خصوص بحث تریاژ، ارتباط مستقیم خدمات درخواستی بخش اورژانس با سطح تریاژ می‌باشد.

۵-۲ هدف تریاژ:

اولویت‌بندی بیماران ورودی و شناسایی آن دسته از بیمارانی است که قادر به انتظار برای پذیرش نیستند.

۵-۳ مزایای تریاژ در اورژانس:

- هر بیمار توسط یک پرستار تریاژ مجرب ملاقات می‌شود.
- شناسایی سریع بیماری که قادر به انتظار کشیدن نیست.
- به محض ورود بیمار به اورژانس، مراقبت‌های اولیه تدارک دیده می‌شود.
- یک پرستار ثبت‌کننده اطلاعات برای برخورد با نیازهای عاطفی بیمار و خانواده‌اش در دسترس است.

۵-۴ تریاژ استاندارد:

- در مدت زمان کوتاه انجام شود.
 - در ورودی اورژانس قبل از پذیرش صورت گیرد.
 - توسط پرستار باتجربه و آموزش دیده انجام شود
 - بر اساس شرایط بیمار باشد
 - برای تمامی بیماران و در شرایط عادی و بحران قابل انجام باشد.
- نکته: مناسب‌ترین روش تریاژ برای کشور ما استفاده از روش ۵ سطح ESI می‌باشد که ویرایش چهارم آن در سال ۲۰۰۴ انجام شده است.

۶- شاخص‌های تعیین‌کننده در سطوح تریاژ:

- شدت بیماری
- تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار

۷- سطوح تریاژ: (بر اساس سیستم ESI)

۷-۱ سطح یک تریاژ:

- بیماران به اقدامات نجات دهنده فوری حیات نیاز دارند.
- بیماران سطح یک را باید از نظر وضعیت تنفس، اشباع اکسیژن و هوشیاری بررسی کنند.
- این بیماران ۱ تا ۳ درصد بیماران اورژانس را شامل می‌شوند.
- اکثر این بیماران یا فوت می‌شوند و یا به بخش مراقبت ویژه منتقل می‌شوند و تعداد کمی از اورژانس مرخص می‌شوند.

۷-۱-۱ جدول مثال‌هایی از بیماران سطح یک تریاژ (نیازمند اقدامات نجات‌دهنده فوری حیات)

- ایست قلبی
- ایست تنفسی
- زجر تنفسی شدید
- اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد
- بیمار با ترومای متعدد بدون پاسخ
- مسمومیت دارویی با تعداد تنفس کمتر از ۶
- تنفس‌های بسیار ضعیف یا از نوع منقطع یا **gasping**
- فشار خون بسیار پایین با علائم هیپوپرفیوژن
- درد قفسه سینه، رنگ‌پریدگی، تعریق، فشار خون پایین
- عدم واکنش همراه با بوی شدید الکل
- کاهش قند خون همراه با تغییر سطح هوشیاری
- بیمار ترومایی که به احیای کلوئیدی و کریستالوئیدی فوری نیاز دارد
- ضعف، سرگیجه، ضربان قلب کمتر یا مساوی ۳۰ عدد در دقیقه
- نوزادی که ضعف حاد دارد
- واکنش آنافیلاکتیک
- ضربان بسیار شدید یا خیلی ضعیف قلب با نشانه‌های نارسایی گردش خون

۷-۱-۲ جدول اقدامات فوری نجات بخش

نجات بخش نیست	نجات بخش است	
<ul style="list-style-type: none"> • تجویز اکسیژن از طریق ماسک یا کانولا بینی 	<ul style="list-style-type: none"> • تهویه با ماسک و آمبوگ • لوله‌گذاری تراشه - کریکوتیروئیدکتومی • CPAP در موارد اورژانس • BPAP در موارد اورژانس 	راه هوایی / تنفس
<ul style="list-style-type: none"> • مانیتورینگ قلبی 	<ul style="list-style-type: none"> • دفیبریلاسیون • کاردیوورژن اورژانسی • پیس میکر پوستی 	مداخلات الکتریکی
<ul style="list-style-type: none"> • نوار قلب • آزمایشات • سونوگرافی FAST 	<ul style="list-style-type: none"> • توراکوستومی • پریکاردیوسنتز • توراکتومی باز • تزریق داخل استخوانی 	پروسیجرها
<ul style="list-style-type: none"> • رگ‌گیری 	<ul style="list-style-type: none"> • احیا مایعات بدن • تزریق خون • کنترل خونریزی شدید 	همودینامیک
<ul style="list-style-type: none"> • آسپرین • آنتی بیوتیک • هپارین • کنترل درد • اسپری بتادواگون‌نیست 	<ul style="list-style-type: none"> • نالوکسان • دکستروز ۵۰٪ • دوپامین • آتروپین • آدنوزین 	داروها

۷-۲ سطح دو تریاژ:

- بیمار سطح دو بیماری است که به اقدامات نجات دهنده حیات نیاز ندارد اما امکان منتظر گذاشتن بیمار و تأخیر در ویزیت بیمار وجود ندارد و بیمار نباید منتظر بماند.
- بیماران سطح دو احتیاج به بررسی سریع علائم حیاتی و رسیدگی سریع دارند.
- بیماران سطح دو، ۲۰ تا ۳۰ درصد مراجعین اورژانس هستند و ۶۰ درصد آن‌ها بستری اورژانس می‌شوند.
- سطح دو تریاژ مربوط به بیمارانی است که یکی از موارد زیر را داشته باشند:
 - شرایط پرخطر
 - اختلال سطح هوشیاری (اختلالات توجه، خواب آلودگی، گیجی، اختلال جهت‌یابی زمان و مکان و یا لتارژی)
 - درد و یا دیسترس شدید
 - علائم حیاتی در محدوده خطر

۷-۲-۱ شرایط پرخطر:

- وضعیتی که به زودی رو به وخامت خواهد رفت یا احتیاج به مداخلات درمانی سریع دارد.
- این وضعیت را پرستار از گفتگو، مشاهده و بر اساس تجربه تشخیص می‌دهد.
 - شکایت و علائم بیمار، سن بیمار، سابقه پزشکی بیمار و داروهای مصرفی در تعیین شرایط پرخطر کمک کننده می‌باشد.

۷-۲-۲ اختلال سطح هوشیاری:

- وقتی که بیمار گیج و خواب آلوده است، به زمان و مکان آگاهی ندارد.
- Confused: پاسخ نامناسب به محرک‌ها، کاهش در به خاطر آوردن و میزان توجه
 - Lethargic: خواب آلود، خواب بیش از حد نرمال، پاسخ‌های مناسب هنگام تحریک
 - Disoriented: نا آگاهی به زمان، مکان یا اشخاص

نکته: بروز این علائم اگر به صورت حاد باشد بیمار را در سطح ۲ قرار می‌دهد و بیمارانی که به طور زمینه‌ای در حالت منگی و عدم وقوف به زمان و مکان قرار دارند در این سطح قرار نمی‌گیرند (مثل عقب‌افتادگان ذهنی یا بیماران دچار آلزایمر).

۷-۲-۳ درد و یا دیسترس شدید:

• به طور کلی بیمار با مقیاس درد بیشتر از $\frac{7}{10}$ باید به عنوان بیمار احتمالی سطح ۲ مد نظر باشد.

(نمره یا Score درد بر اساس مقیاس‌ها و معیارهای تشخیصی و بررسی وضعیت بالینی و فیزیولوژیک بیمار است).

۷-۲-۴- علائم حیاتی در محدوده خطر:

سن بیمار (Age)	تعداد ضربان قلب (HR)	تعداد تنفس (RR)	میزان SPO2
< 3m	> 180	> 50	SPO2 < 92%
3m – 3y	> 160	> 40	SPO2 < 92%
3y – 8y	> 140	> 30	//
> 8y	> 100	> 20	//

- الگوریتم ESI توصیه می‌کند علائم حیاتی کودکان زیر ۳ سال در تریاژ چک شود.
- در بیمارانی که در سطح یک تریاژ هستند بلافاصله اقدامات درمانی شروع می‌شوند. به دلیل فوریت تریاژ سطح یک لزوماً علائم حیاتی چک نمی‌شود. در تمام بیماران سطح ۲ تریاژ باید علائم حیاتی چک شود. و در سطح ۴ و ۵ تریاژ چک کردن علائم حیاتی در اتاق تریاژ ضروری نیست.

۵-۲-۷ مثال‌هایی از بیماران سطح دو تریاژ

مثال	علائم بیماران
<ul style="list-style-type: none"> • بیمار با درد قفسه سینه مشکوک به بیماری حاد کرونر که پایدار است • پرستار بخش اورژانس که نیدل استیک شده است • خانم جوان مشکوک به حاملگی خارج رحمی با علائم حیاتی پایدار • علائم سکته مغزی که در سطح یک نباشد • بیماری که اقدام به خودکشی یا دیگر کشی کرده است • بیمار تحت شیمی درمانی که تب کرده است 	وضعیت پرخطر
<ul style="list-style-type: none"> • شروع تازه حواس‌پرتی در یک بیمار سالخورده • نوزاد سه ماهه‌ای که مادرش خبر می‌دهد که نوزاد همیشه در حال خواب است • نوجوانی که پی برده حواس‌پرت و خموده است 	اختلال سطح هوشیاری
<ul style="list-style-type: none"> • بیمار با سوختگی درجه ۲ یا بالاتر با درد شدید • درد فلانک با شدت درد ۱۰ از ۱۰ • بیمار ۸۰ ساله با شدت درد ۷ از ۱۰ در ناحیه شکم با تهوع شدید • بیمار ۳۰ ساله با کریز درد سیکل سل آنمی • بیمار کانسر با درد شدید 	درد و یا دیسترس شدید
<ul style="list-style-type: none"> • تب در کودکان کمتر از ۳ ماه، تب بالای ۳۸ درجه و بین ۳ ماه تا ۳ سال تب بالای ۳۹ درجه 	علائم حیاتی در محدوده‌ی خطر

نکته: در صورتی که بیمار در سطح یک و دو تریاژ نباشد در سایر سطوح تریاژ ۳، ۴ و یا ۵ قرار می‌گیرد.

نکته: تقسیم‌بندی سطوح ۳، ۴ و ۵ تریاژ بر اساس تعداد تسهیلات مورد نیاز برای رسیدگی به بیمار تا زمان تعیین تکلیف بیمار می‌باشد.

۷-۳- سطح سه تریاژ:

- بیمارانی که دو و یا بیشتر از دو تسهیلات استفاده نمایند.
- بیماران سطح سه تریاژ، ۳۰ تا ۴۰٪ بیماران ویزیت شده در اورژانس را تشکیل می‌دهند.

۷-۴- سطح چهار تریاژ:

- بیمارانی که از یک تسهیلات استفاده می‌نمایند.

۷-۵- سطح پنج تریاژ:

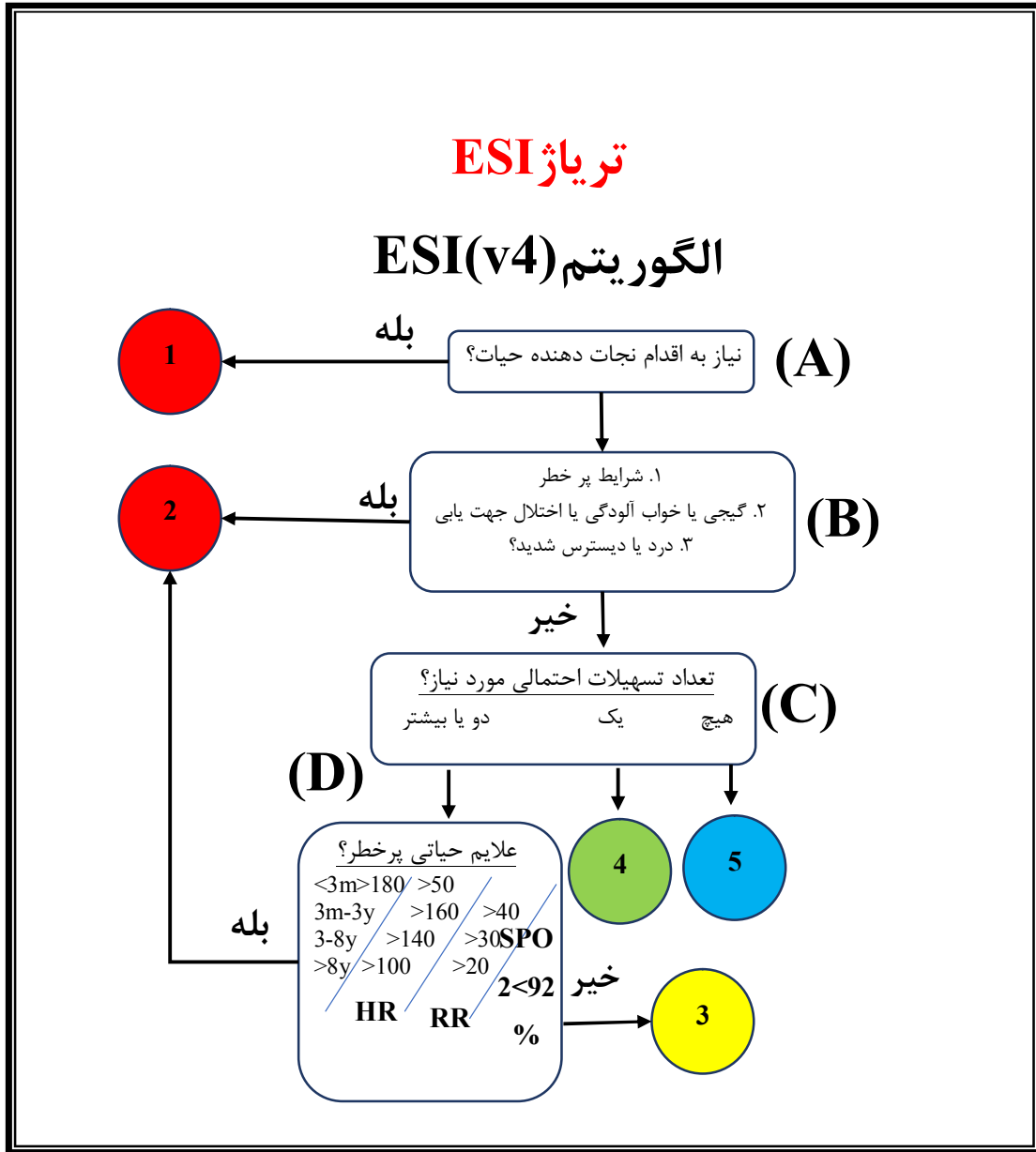
- بیماران بدون نیاز به تسهیلات در سطح پنج تریاژ قرار می‌گیرند.
- بیماران سطح ۴ و ۵، ۲۰ تا ۳۵٪ حجم بیماران اورژانس را تشکیل می‌دهند.

جدول دسته بندی خدمات اورژانس از حیث تسهیلات

مواردی که جزو تسهیلات به حساب نمی آیند	مواردی که جزو تسهیلات به حساب می آیند
<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال و معاینه • آزمایش به منظور غربال گری یا تست های پاسخ سریع 	<ul style="list-style-type: none"> • آزمایشات (خون، ادرار) • ECG • رادیوگرافی • آنژیوگرافی • CT اسکن • MRI • سونوگرافی
<ul style="list-style-type: none"> • گرفتن IV تنها و هپارین لاک کردن 	<ul style="list-style-type: none"> • مایعات وریدی (هیدراسیون) • (انفوزیون مایعات)
<ul style="list-style-type: none"> • داروی خوراکی • واکسن کزاز • تجدید نسخه 	<ul style="list-style-type: none"> • داروهای IV یا IM یا نبولایزر
<ul style="list-style-type: none"> • تماس تلفنی با پزشک خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره تخصصی
<ul style="list-style-type: none"> • اداره ساده زخم (پانسمان، بازدید) • دادن عصا، آتل گیری 	<ul style="list-style-type: none"> • پروسیجر ساده = ۱ (ترمیم زخم، فولی) • پروسیجر پیچیده = ۲ (آرام بخشی با حفظ هوشیاری)

تریاز ESI

الگوریتم ESI(v4)



۹- انواع ویزیت در اورژانس:

۹-۱ مراقبت بحرانی^۵ (Critical Care):

مراقبت بحرانی (کد ملی ۹۰۱۹۷۰ با ارزش نسبی ۸k)

- این کد جهت انجام مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسالان) سطح یک یا دو تریاژ در بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و بدحال و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس قابل گزارش می‌باشد.
- بر اساس سند سیاست خدمت بالینی مورخ ۱۳۹۳/۹/۲۵ تعریف مراقبت بحرانی، ارائه مستقیم مراقبت پزشکی توسط پزشک (ها) به یک بیمار شدیداً آسیب دیده یا خیلی بدحالی‌باشد. یک بیماری یا آسیب بحرانی به طور حاد یک یا چند سیستم حیاتی را مختل می‌کند بطوریکه احتمال زیادی برای وخیم‌تر شدن حال بیمار و یا مرگ آنی وجود دارد.
- مراقبت بحرانی به طور معمول و نه همیشه در یک محیط مراقبت بحرانی نظیر CCU، ICU، ICU اطفال، واحد مراقبتهای تنفسی و یا دربخش اورژانس ارائه می‌شوند.

۹-۱-۱- جدول اندیکاسیونهای خدمت مراقبت بحرانی

بیماران دچار ترومای متعدد شامل ترومای نافذ و غیرنافذ شکم و لگن و ضربه به سر با علایم نورولوژیک و یا کاهش سطح هوشیاری ۱۳ یا کمتر ($GCS \leq 13$) و ترومای ستون فقرات همراه با علایم نورولوژیک و درد میدلاین و یا شکستگی مهره	بیماران ترومایی	۱
بیماران دچار تنگی نفس حاد با علایم غیر طبیعی شامل ادم حاد ریوی، آسم متوسط تا شدید، آمبولی ریوی، اپیگلویت حاد، COPD تشدید یافته، اسپاسم حاد برونشیاال ناشی از حساسیت و آنافیلاکسی، پنوموتوراکس، همو توراکس، بیماران نیازمند انتوباسیون یا حمایت تنفسی ($RR \geq 20$ ، اشباع اکسیژن شریانی زیر ۹۰، استفاده از عضلات فرعی تنفسی)	بیماران با دیسترس حاد تنفسی	۲

^۵(شیوه نامه) ۱۳۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

۳	بیماران بدحال یا دچار شوک	بیمارانی که به هر دلیلی دچار علائم شوک افت فشار سیستول ≥ 90 نارسایی ارگانی. اشباع اکسیژن شریانی پایین، تاکیکاردی، علائم کاهش پرفیوژن بافتی) هستند شامل شوک کاردیوژنیک، شوک سپتیک، شوک نوروزنیک، شوک هیپوولمیک (خونریزی دهنده). شوک کاردیوژنیک، شوک توزیعی (آنافیلاکتیک)
۴	بیماران کاهش سطح هوشیاری	بیماران دچار افت هوشیاری شامل بیماران دچار مسمومیت حاد، سکته مغزی، مننژیت و انسفالیت، انسفالوپاتی کبدی، دیلیریوم، مراقبت بعد احیا اختلالات متابولیک، تشنج
۵	بیماران دچار درد حاد سینه	بیماران دچار درد سینه که وضعیت تهدیدکننده حیات داشته و نیازمندمانیتورینگ هستند شامل سکته قلبی یا آنژین صدری ناپایدار تایید شده با نوار قلب یا آنزیم حاد سینه دایسکشنآورت تایید شده با سی تی اسکن. آمبولی ریه تایید شده با سی تی اسکن یا آنزیم، پریکاردیت و تامپوناد تایید شده با نوار قلب و سونوگرافی یا اکوکاردیوگرافی.
۶	بیماران دچار دیس ریتمی های تهدیدکننده حیات	بیماران دچار دیس ریتمی تهدیدکننده حیات مثل: فیبریلاسیون دهلیزی فیبریلاسیون بطنی، تاکیکاردی فوق بطنی و بطنی، برادی کاردی، آریتمی های ناشی از اختلالات الکترولیتی، و بیماران نیازمند کاردیورژن
۷	بیماران نیازمند اقدام درمانی یا تشخیص خاص	بیمارانی که در بخش اورژانس نیاز به یک اقدام تشخیصی و درمانی دارند که نیازمند مراقبت خاص در طول انجام پروسیجرمی باشد. شامل: (۱) تجویز ترومبولیتیک (استرپتوکیناز یا داروی مشابه) برای بیماراندچار سکته قلبی (۲) تجویز ترومبولیتیکر (استرپتوکیناز یا داروی مشابه) برای بیماران دچار آمبولی ریوی (۳) تجویز ترومبولیتیک (t-PA یا داروی مشابه) برای بیماران دچار سکته مغزی
۸	سوختگی ها	سوختگی حرارتی و شیمیایی بالای ۲۰٪، سوختگی های الکتریکی بالای ۱۰٪، سوختگی های استنشاقی

بیماران با رفتار بیمارانی با رفتارهای غیر عادی و تهاجمی که ممکن است در اورژانس‌های غیر عادی و باعث آسیب به خود و دیگران شوند و نیازمند مهار فیزیکی و دارویی و مراقبت پزشکی و پرستاری هستند. شامل دیلیریوم حاد، سایکوز حاد دارویی غیر دارویی، سوء مصرف مواد یا الکل.	بیماران با رفتارهای غیرعادی و تهاجمی (ستیزه جو)	۹
خونریزیهای حاد و فعال گوارشی و خونریزیهای فعال شریانی	اختلالات خونریزی دهنده حاد	۱۰
هر گونه اختلالی که تهدیدکننده حیات انسان یا عضو باشد شامل آپنه یا گسپینگ تنفسی، سندرم کمپارتمان، احتمال قریب الوقوع گریز میاستنی گراویس، ضعف یا عدم وجود نبض، نارسایی حاد کلیه، پره اکلامپسی، مارگزیدگی و عقرب گزیدگی با علائم سیستمیک مثل تب یا درد و ادم پیشرونده	موارد تهدیدکننده حیات	۱۱

۹-۱-۲- کنتر اندیکاسیونهای خدمت؛

الف- بیماران که اندیکاسیونهای انجام مراقبت بحرانی ندارند مثل بیماران با سطح تریاژ ≤ 3

ب- بیمارانی که نشانه‌های بالینی واضح دال بر مرگ غیرقابل برگشت (جمود نعشی، کبودی وضعیتی، قطع

شدن سر و متلاشی شدن جسد) دارند.

(AHA Guidline 2010) (Current procedural Terminology 2008)

ع (۱۳۹۳/۹/۲۵) سند سیاست خدمت بالینی

۹-۲- ویزیت جامع^۷: Comprehensive Emergency visit

ویزیت جامع اورژانس (کد ملی ۹۰۱۹۴۹ با ارزش نسبی k ۴.۵)

➤ ویزیت جامع اورژانس برای بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ در صورت ویزیت توسط پزشکان متخصص طب اورژانس قابل گزارش می‌باشد.

➤ بر اساس سند سیاست خدمت بالینی مورخ ۱۳۹۳/۹/۲۵ ویزیت جامع، ویزیت بخش اورژانس برای ارزیابی و اداره یک بیمار که به سه جزء اساسی زیر تحت محدودیت ناشی از اضطرار شرایط بالینی یا وضعیت روانی بیمار نیاز داشته باشد:

- یک شرح حال جامع

- یک معاینه جامع

- تصمیم‌گیری پزشکی با درجه بالایی از پیچیدگی

معمولاً علت یا علل مراجعه از شدت زیادی برخوردار است و تهدیدی برای جان یا عملکرد فیزیولوژیک بیمار محسوب می‌شود.

۹-۲-۱ اندیکاسیونهای خدمت^۸:

الف- این ویزیت به تمام بیماران سطح یک تا سه تریاژ که پرونده بستری موقت اورژانس تشکیل داده‌اند و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده‌اند، تعلق می‌گیرد.

ب- این ویزیت زمانی تعلق می‌گیرد که بیمار حداقل ۲ بار توسط پزشک معالج ویزیت شده باشد و مستندات پرونده شامل دستورات پزشکی و شرح حال بیمار دلالت بر حداقل دوبار ویزیت باشد.

۹-۲-۲ کنترا اندیکاسیونهای خدمت^۹:

بیمارانی که اندیکاسیون انجام ویزیت جامع را ندارند مثل بیماران با سطح تریاژ ≤ 4 (Current procedural Terminology 2008)

^۷(شیوه نامه) ۱۳۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

^۸۱۳۹۳/۹/۲۵ سند سیاست خدمت بالینی

^۹(۱۳۹۳/۹/۲۵) سند سیاست خدمت بالینی

۹-۳- ویزیت محدود^۱:

ویزیت محدود اورژانس (کد ملی ۹۰۱۹۴۸ با ارزش نسبی k ۲.۸)

ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح ۳ و ۴ تریاژ و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس قابل گزارش است.

توضیح: ویزیت پرداختی به متخصصین طب اورژانس در بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ، تعرفه ویزیت جامع و در سطح ۳ و ۴ (سطح ۴ به شرط تشکیل پرونده بستری موقت) تعرفه ویزیت محدود و در سطح ۴ (بدون پرونده بستری موقت) و سطح ۵ تعرفه ویزیت سرپایی متخصص خواهد بود.

^۱(شیوه نامه) ۱۳۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

۱۰- تخت روز (هتلینگ) در اورژانس:

۱-۱۰ در خصوص محاسبه تخت روز برای بیماران سطوح ۱، ۲، ۳ تریاژ اورژانس که زیر ۶ ساعت بستری می‌باشند، در صورتیکه بیمار زیر ۶ ساعت از بیمارستان ترخیص شود یا فوت نماید هزینه تخت قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.^{۱۱}

۱۰-۲- نحوه محاسبه هزینه تخت روز در بخش اورژانس^{۱۲}: هزینه تخت روز در این بخش قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد و در صورتیکه بیمار نیاز به بستری شدن و مراقبت و درمان بیشتری داشته باشد می‌بایست با توجه به نوع بیماری به سرویس مرتبط انتقال یابد.

۱۰-۳- نحوه محاسبه هزینه هتلینگ در صورت ویزیت رزیدنت سال ۱ و ۲^{۱۳}:

۱۰-۳-۱- پذیرش بیمار جهت بستری (نوشتن دستور بستری) توسط رزیدنت‌های سال ۱ و ۲ بلامانع است.
۱۰-۳-۲- پرداخت هتلینگ جهت بیماران تحت نظری که پس از ۶ ساعت تعیین تکلیف می‌شوند، با توجه به سطح تریاژ و کارشناسی مندرجات پرونده قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

۱۱- نحوه محاسبه ویزیت و مشاوره در اورژانس:

۱۱-۱ محاسبه مشاوره سرپایی^{۱۴}:

هزینه مشاوره جهت بیماران بستری قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و در بخش سرپایی مشمول حق ویزیت تخصص یا فوق تخصص بر اساس مورد خواهد بود.

^{۱۱} ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۹۲ - ۱۳۹۷/۸/۲۸

^{۱۲} ۴۰۲۰/۹۸/۸۴۹ - ۱۳۹۸/۵/۲

^{۱۳} ۴۰۲۰/۹۹/۶۶۸ - ۱۳۹۹/۵/۱۴

^{۱۴} ۴۰۲۰/۶۱۲۵۴ - ۱۳۸۵/۶/۲۶

ش.ش: ۳۰۷۲۶۷۶۰

ش.ش: ۴۱۹۶۴۱۵۵

ش.ش: ۵۷۲۶۹۶۶۲

۱۱-۲- محاسبه و پرداخت همزمان ویزیت^{۱۵}:

۱۱-۲-۱- محاسبه و پرداخت همزمان ویزیت جامع و مراقبت بحرانی برای بیمار با سطح تریاژ یک و دو وفق مقررات می‌باشد.

۱۱-۲-۲- پرداخت همزمان ویزیت روز اول بستری با مراقبت بحرانی وفق مقررات نمی‌باشد.

۱۱-۳- نحوه محاسبه ویزیت و مشاوره در کلیه سطوح تریاژ^{۱۶}:

۱۱-۳-۱- برای بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ ویزیت جامع قابل پرداخت می‌باشد.

نکته: جهت بیماران اغمایی، مولتیپل تروما و بدحال (بیماری‌های جدول اندیکاسیونهای مراقبت بحرانی) سطح ۱ و ۲ تریاژ، مراقبت بحرانی (کد ۹۰۱۹۷۰) قابل پرداخت می‌باشد. کد مذکور با ویزیت جامع قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۱-۳-۲- برای بیماران سطح ۳ و ۴ تریاژ ویزیت محدود (کد ۹۰۱۹۴۸) قابل پرداخت می‌باشد.

۱۱-۳-۳- به متخصص طب اورژانس فقط یک ویزیت در طول مدت درمان بیمار (بسته به سطح تریاژ) در اورژانس تعلق می‌گیرد و سایر ویزیت‌های بستری موجود در کتاب (روز اول، روزهای پیگیری و ترخیص) مشمول آنان نمی‌گردد.

۱۱-۳-۴- ویزیت جامع در خصوص بیماران تریاژ سطح ۱ و ۲، مراقبت‌های بحرانی در خصوص بیماران تریاژ سطح ۱ و ۲ و ویزیت محدود در خصوص بیماران تریاژ سطح ۳ و ۴، فقط به متخصصین طب اورژانس قابل پرداخت است.

نکته: ویزیت‌های مذکور در یک روز بطور همزمان با هم قابل پرداخت نمی‌باشند.

^{۱۵} ۱۳۹۴/۱۱/۲۶ - ۴۰۲۰/۹۴/۲۵۷۰

ش.ش: ۶۰۴۹۱۷۰

^{۱۶} ۱۳۹۴/۱۲/۱۶ - ۴۰۲۰/۹۴/۲۷۱۵

ش.ش: ۶۱۰۲۱۰۸

۱۱-۳-۵- در صورتیکه پزشک متخصص طب اورژانس جهت بیماران تریاژ سطح ۱ و ۲ درخواست مشاوره نموده و منجر به بستری بیمار گردد، حق الزحمه پزشک متخصص که پاسخ مشاوره را می‌دهد، معادل ویزیت روز اول بستری محسوب می‌شود.

بدیهی است در این صورت ویزیت روز اول بستری به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۱-۳-۶- مشاوره در بیماران تریاژ سطح ۳، ۴ و ۵ غیرقابل پرداخت است.

۱۱-۳-۷- پرداخت همزمان ویزیت پزشک عمومی با ویزیت تریاژ سطح ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ غیرقابل پرداخت است.

۱۱-۳-۸- در صورت ویزیت بیماران تریاژ سطح ۵، فقط ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۱-۳-۹- ویزیت‌های روز اول، پیگیری و ترخیص به متخصص طب اورژانس تعلق نمی‌گیرد.

۱۱-۳-۱۰- پس از تعیین تکلیف بیمار، چنانچه نیاز به ادامه درمان و بستری در بخش باشد، می‌بایست بیمار به بخش یا متخصص مربوطه ارجاع داده شود. لذا در روز اول بستری علاوه بر ویزیت متخصص طب اورژانس (بسته به سطح تریاژ)، ویزیت روز اول بستری نیز به متخصص مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

۱۱-۳-۱۱- در بیمارستان‌های دارای تخصص طب اورژانس ضروری است فرم تریاژ تکمیل شده مصوب وزارت بهداشت ضمیمه صورتحساب ارسالی گردد.

۱۱-۴- **سؤال:** در بیماران مولتیپل تروما، بدحال و اغمایی که در سطح ۱ و ۲ تریاژ قرار می‌گیرند و به‌بخش اورژانس مراجعه می‌کنند آیا مجاز به پرداخت هزینه مشاوره که توسط پزشک متخصص طب اورژانس درخواست شده و منجر به بستری شدن بیمار در سرویس آن پزشک نگردیده است می‌باشیم یا خیر؟^{۱۷}

جواب: هزینه خدمات مشاوره به متخصصین طب اورژانس قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۲- نحوه پرداخت خدمات همراه با ویزیت در کلیه سطوح تریاژ^{۱۸}:

۱۲-۱- در صورت درخواست کد اقدامات مراقبت بحرانی ضوابط پرداخت و همچنین عدم پرداخت تعدادی از خدمات طبق جدول زیر می‌باشد.

خدمات غیر قابل پرداخت همزمان با مراقبت بحرانی	خدمات قابل پرداخت همزمان با مراقبت بحرانی
۱- تفسیر و اندازه‌گیری برون‌ده قلبی ۲- گرافی قفسه سینه (تفسیر) ۳- پالس اکسی‌متری ۴- مانیتورینگ قلبی ۵- گازهای خونی (ABG) طبق سند سیاست خدمت بالینی ۶- پیس موقت قلبی از راه پوست ۷- ونتیلاسیون با آمبوبگ ۸- لوله گذاری داخل معده ۹- گرفتن رگ و اعمال دسترسی عروقی ۱۰- اطلاعات ذخیره شده در کامپیوتر (نوار قلب، فشار خون، اطلاعات هماتولوژیک)	۱- لوله گذاری داخل تراشه ۲- شوک قلبی ۳- تنظیم و وصل به ونتیلاتور ۴- کارگذاری CV لاین ۵- CPR

تبصره: لوله گذاری داخل تراشه در شرح خدمت مراقبت بحرانی لحاظ نشده و هزینه آن جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۲-۲- سایر خدمات با رعایت دستور العمل مشترک در رسیدگی به اسناد بستری بیمه‌های پایه و کتاب ارزش نسبی خدمات و سایر دستور العمل‌های ابلاغی، در صورت داشتن اندیکاسیون - قابل پرداخت است.

۱۲-۳- با توجه به شرح کتاب ارزش نسبی خدمات، محاسبه و پرداخت تعرفه خدمات ویزیت جامع، ویزیت محدود، مراقبت بحرانی، سونوگرافی FAST (با کد ملی ۷۰۱۵۵۶) و PSA Mild (با کد ملی ۹۰۱۹۷۱) در صورت انجام صرفاً به متخصصین طب اورژانس و با تشکیل پرونده بستری موقت تعلق می‌گیرد.

^{۱۸} (شیوه نامه) ۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

۱۳- ضوابط محاسبه خدمات پرستاری در بخش اورژانس^{۱۹}

۱۳-۱- هزینه خدماتی مانند تعبیه آنژیوکت جزو خدمات پرستاری می‌باشد و جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۳-۲- هزینه انفوزیون داخل وریدی فقط در بخش اورژانس بیمارستان‌های دانشگاهی (تزریق وریدی) و در پرونده‌های تحت نظر آن بخش قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۳-۳- هزینه انجام بخیه، آتل، گچ، سونداژ مثانه و معده در صورت انجام توسط پزشک قابل محاسبه و پرداخت است و در صورت انجام توسط کادر پرستاری قابل گزارش، محاسبه و پرداخت نمی‌باشد. (با ابلاغ بخشنامه شماره ۱۸۲۹ مورخ ۹۷/۹/۵ لغو گردید).

۱۳-۴- خدماتی که توسط پرستار در بخش سرپایی تحت نظارت و قبول مسئولیت پزشک انجام می‌شود، ۵۰ درصد جزءحرفه‌ای خدمت قابل پرداخت می‌باشد.^{۲۰}
نکته: منظور از بخش سرپایی پرونده اورژانس زیر شش ساعت است.

۱۴- نحوه محاسبه برخی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش اورژانس:

۱- مانیتورینگ و پالس اکسی‌متری:

با دستور پزشک متخصص یا پزشک متخصص طب اورژانس قابل پرداخت است.
ECG همزمان با مانیتورینگ در حال حاضر پرداخت پرداخت نمی‌گردد اما اولین ECG انجام شده جهت بیمار را می‌توان محاسبه و پرداخت نمود.
محاسبه و پرداخت همزمان اکسی‌متری و مانیتورینگ در بخش اورژانس در مواردی که دستگاه مانیتورینگ، اکسی‌متری انجام می‌دهد وفق مقررات نمی‌باشد.^{۲۱}

^{۱۹} ۴۰۲۰/۹۷/۳۱۴ - ۹۷/۲/۲۷

شش: ۲۲۱۸۲۶۱۸

^{۲۰} ۴۰۲۰/۹۷/۱۸۲۹ - ۹۷/۹/۵

شش: ۳۰۹۶۵۱۲۵

۴۰۲۰/۹۴/۲۴۷۱ - ۹۴/۱۱/۱۷

شش: ۵۷۴۸۹۱۶

۲- کد ۹۰۰۷۷۰ (ECG مانیتورینگ) کتاب ارزش نسبی^{۲۲}:

• ارزش خدمت ECG مانیتورینگ (به جز بخش‌های ویژه) بر اساس شرح کد کتاب ارزش نسبی (از ۱ تا ۲۴ ساعت) در بیماران اورژانسی با سطح تریاژ یک و دو که نیاز به دریافت این خدمت را داشته باشند قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره: با عنایت به گاید لاین وزارت بهداشت، در خصوص طب اورژانس هزینه ECG مانیتورینگ در ارزش خدمت مراقبت بحرانی (کد ۹۰۱۹۷۰) لحاظ شده است و همزمان با هم قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد. لذا در بیمارانی که تحت مراقبت بحرانی قرار می‌گیرند کد ۹۰۰۷۷۰ قابل گزارش نمی‌باشد.

۳- خدمات همراه CPR^{۲۳}:

هزینه خدمات انتوباسیون و مانیتورینگ و داروهای CPR به صورت گلوبال در کد ۹۰۰۶۱۰ (احیای قلبی ریوی) لحاظ گردیده و جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد.

۴- آرام بخشی و بی‌دردی^{۲۴}:

کد آرام بخشی و بی‌دردی (۹۰۱۹۷۱) با ارزش نسبی (۲k)، این کد صرفاً به متخصصین طب اورژانس و در بخش اورژانس قابل پرداخت است.

۵- کد ۶۰۱۴۳۵ (تزریق ماده بی‌حس کننده)^{۲۵}:

تزریق ماده بی‌حس کننده، اعصاب بین دنده‌ای، متعدد و بلوک منطقه‌ای با کد فوق جهت متخصص طب اورژانس قابل محاسبه می‌باشد. (کد ۶۰۱۴۳۵ با ارزش نسبی ۱۴k).

^{۲۲} ۴۰۲۰/۹۸/۲۸۵ - ۹۸/۲/۱۷

ش.ش : ۳۸۳۴۴۶۰۸

۴۰۲۰/۹۴/۶۲۶ - ۹۴/۴/۱

ش.ش : ۴۶۸۸۹۴۸

^{۲۴} ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰ - ۹۵/۱۰/۲۰ (شیوه نامه)

^{۲۵} ۴۰۱۰/۹۸/۳۲۱۹ - ۹۸/۶/۳

ش.ش : ۴۳۴۸۴۳۹۱

۶- کشیدن بخیه^{۲۶}:

کشیدن بخیه در صورت انجام در اورژانس بیمارستان و توسط پزشکی دیگر در تعهد است. لازم به ذکر است که اگر بیماری در همان مرکز جراحی شده باشد هزینه کشیدن بخیه پرداخت نمی‌شود. اما اگر در مرکز دیگری عمل جراحی انجام شده باشد و صرفاً برای کشیدن بخیه به اورژانس مراجعه کند قابل پرداخت است.

۷- نحوه پرداخت سونوگرافی FAST (کد ملی ۷۰۱۵۵۶)^{۲۷}

- سونوگرافی FAST فقط در قالب پرونده بستری موقت در بیمارستان برای بیماران ترومایی جهت بررسی مایع آزاد شکم و پارگی ارگان‌هایی همانند کبد و طحال توسط متخصصین طب اورژانس و در صورتی که در ۶ ساعت اول بستری شدن در بیمارستان انجام شده باشد، قابل محاسبه و پرداخت است.
- این سونوگرافی به هیچ عنوان در قالب نسخ سرپایی قابل پرداخت نمی‌باشد.
- بدیهی است که بعد از ۶ ساعت، سونوگرافی FAST انجام شده توسط طب اورژانس قابل پرداخت نبوده و سایر خدمات مورد نیاز توسط رادیولوژیست در قالب کدهای کتاب ارزش نسبی، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۸- پانسمان:

- ۱-۱۴-۸-۱ در صورت انجام در اورژانس بیمارستان در تعهد بیمه پایه است.^{۲۸}
- ۲-۱۴-۸-۲ بیماران بعد از جراحی جهت تعویض پانسمان به بیمارستان مراجعه می‌کنند. این خدمت معمولاً در درمانگاه انجام می‌گردد. لذا اگر جراحی در همان مرکز انجام شده باشد هزینه تعویض پانسمان قابل پرداخت نمی‌باشد. اما در صورتی که در مرکز دیگری جراحی نشده و صرفاً جهت تعویض پانسمان مراجعه نموده است در پرونده اورژانس قابل پرداخت است.

^{۲۶} (شیوه‌نامه بستری) ۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

^{۲۷} (شیوه‌نامه سرپایی) ۹۶/۷/۲۹ - ۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۴

^{۲۸} (شیوه‌نامه) ۹۵/۱۰/۲۰ - ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

۱۴-۸-۳- بیماری‌رانی که دچار سوختگی سطحی شده‌اند و جهت آن به درمانگاه یا اورژانس مراجعه می‌نمایند علاوه بر هزینه ویزیت میزان ۵۰٪ جزء حرفه‌ای خدمت پانسمان (بصورت یک کا) قابل محاسبه و پرداخت است.^{۲۹}

۱۴-۸-۴- در صورت انجام پانسمان به دنبال جراحی‌هایی که در همان مرکز انجام می‌شود (بنا بر شرح کد تعدیلی ۹۹ کتاب ارزش نسبی) هزینه‌ای قابل محاسبه و پرداخت نیست.^{۳۰}

۹- ترمیم در بخش اورژانس:

۱۴-۹-۱- در صورت انجام ترمیم‌های پوست و یا سایر پروسیجرها و به دنبال آن انجام پانسمان هزینه‌ای جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد.^{۳۱}

۱۴-۹-۲- کدهای ترمیم بینابینی و پیچیده به پزشک طب اورژانس قابل پرداخت است.

۱۴-۹-۳- بی‌حسی موضعی با ابلاغ بخشنامه شماره ۲۴۱۳ مورخ ۹۷/۱۲/۶ در ارتباط با تعریف شرح کد تعدیلی مربوطه در ترمیم‌ها قابل پرداخت نمی‌باشد.^{۳۲}

۱۴-۹-۴- پانسمان بعد از ترمیم جزء خدمت بوده و جداگانه نبایستی محاسبه گردد.

۱۴-۹-۵- دبریدمان اگر به طور روتین با انواع ترمیم درخواست شود قابل محاسبه نبوده، چون زخم باید دبرید شده و بافت نکروز جدا گردد، برش توسط پزشک داده شود تا لایه‌ها منظم گردد.

۱۴-۹-۶- اکسیلوراسیون: اکسیلور با ترمیم عصب و عضله و شریان و تاندون پرداخت نمی‌گردد.

^{۲۹} ۴۰۲۰/۹۹/۸۵۰ - ۹۹/۶/۲۲

ش‌ش : ۵۶۶۵۰۲۱۱

^{۳۰} ۴۰۲۰/۹۷/۳۱۴ - ۹۷/۲/۲۷

ش‌ش : ۲۲۱۸۲۶۱۸

^{۳۱} ۴۰۲۰/۹۷/۳۱۴ - ۹۷/۲/۲۷

ش‌ش : ۲۲۱۸۲۶۱۸

^{۳۲} ۴۰۲۰/۹۷/۲۴۱۳ - ۹۷/۱۲/۶

ش‌ش : ۳۵۵۴۱۷۶۱

۱۰- شکستگی‌ها و جا اندازی و گچ‌گیری:

۱۴-۹-۱- با عنایت به شرح کدهای ۲۰۳۵۱۵ و ۲۰۲۱۲۰ و... در صورتی که پزشک اقدام به درمان شکستگی به روش بسته نماید با ضمیمه نمودن گزارش رادیولوژی یا گرافی و یا وجود خط شکستگی در PAX های رادیولوژی، هزینه کدهای مرتبط قابل محاسبه و پرداخت است و هزینه گچ‌گیری قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

در شکستگی‌هایی که پزشک پروسیجر خاصی جهت درمان انجام نمی‌دهد مانند شکستگی دنبالچه و با انجام ویزیت توصیه به استراحت بیمار می‌شود فقط هزینه ویزیت قابل محاسبه و پرداخت است.^{۳۳}

۱۴-۹-۲- هزینه گچ‌گیری و یا آتل‌گیری همراه با درمان بسته شکستگی‌ها قابل محاسبه و پرداخت نیست ولی همزمان با درمان باز شکستگی‌ها با اعمال کد تعدیلی ۵۱ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.^{۳۴}

۱۱- تجویز خدمت سی.تی.اسکن در اورژانس:

تجویز نسخ سی.تی.اسکن توسط متخصصین قابل پرداخت بوده و در خصوص پزشکان عمومی تنها تجویز سی. تی. اسکن مغز بدون تزریق در موارد اورژانس و تروما با مهر اورژانس بیمارستان قابل پرداخت می‌باشد. (۹۶/۷/۲۹-۹۶/۱۶۴۴-۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۴ ش.ش: ۱۴۱۶۰۳۵۵)

بر اساس بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۹/۱۳ مورخ ۹۹/۱/۱۹ تا اطلاع ثانوی انجام سی.تی.اسکن قفسه سینه به منظور تشخیص **کووید-۱۹** به روش اسپیرال با قدرت تفکیک بالا (HRCT) طبق کد اختصاص یافته جهت آن مطابق جدول ذیل با تجویز پزشک عمومی و متخصص قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

کد	شرح کد	جزء حرفه ای	جزء فنی
۷۰۲۸۱۹	CT قفسه سینه به منظور تشخیص COVID-19	۲/۲۱	۵/۴

تبصره: در صورت انجام خدمت با سایر روشهای سی.اسکن، با یکی از کدهای ۷۰۲۲۴۰-۷۰۲۲۶۰-۷۰۲۸۱۵ محاسبه و پرداخت می‌گردد.

^{۳۳} ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۴۴ - ۹۷/۹/۲۱

ش.ش: ۳۱۷۵۹۰۳۳

^{۳۴} ۴۰۲۰/۹۹/۶۱۳ - ۹۹/۵/۶

ش.ش: ۵۶۹۰۴۰۲۹

۱۵- ضوابط محاسبه پرداخت ۲k هیأت علمی متخصص طب اورژانس (۹۴/۸/۱۰ - ۴۰۲۰/۹۴/۱۷۰۰ همایش کیلان) :

۱۵-۱- پالس اکسی متری و مانیتورینگ:

اینگونه خدمات که تفسیر و ارزیابی و در نهایت تصمیم گیری توسط پزشک تمام وقت یا نظارت مستقیم ایشان انجام می‌گردد بصورت کامل قابل پرداخت است و در صورتی که پزشک تمام وقت باشد نیز به صورت ۲k هزینه آن پرداخت می‌گردد.

۱۵-۲- پروسیجرهایی مانند : جا اندازی، بخیه، ترمیم :

اگر پزشک عضو هیأت علمی تمام وقت در اورژانس حضور داشته باشد و خدمت توسط دستیار تخصصی ایشان با مهر و امضا نمودن اسناد توسط هیأت علمی تمام وقت، به صورت ۲k قابل پرداخت است.

۱۵-۳- سونداژ، گواژ و لاواژ:

خدمات مورد اشاره توسط پزشک طب اورژانس عضو هیأت علمی تمام وقت یا دستیار تخصصی در شرایط حضور پزشک ۲k با مهر و امضای اسناد توسط ایشان انجام گردد به صورت ۲k قابل پرداخت است.

- خدمات مورد اشاره اگر توسط انترن انجام شود به صورت ۱k پرداخت می‌شود.

۱۶- فرانشیز در بخش اورژانس:

۱-۱۶- هزینه درمان بیماران فوت شده در تمامی مراکز درمانی ارائه‌دهنده خدمت و بیماران بستری در بخش‌های ICU، NICU، RICU که به دستگاه تنفسی مکانیکی وصل می‌شوند صددرصد سهم فرانشیز بیمه شده از خدمات در تعهد برابر تعرفه‌های مصوب در بخش دولتی قابل پرداخت می‌باشد.^{۳۵}

۲-۱۶- سهم بیمه پایه در اسناد بستری موقت زیر ۶ ساعت، برابر صفحه ۱۸ و ۱۹ دستورالعمل یکسان سازی رسیدگی به اسناد بستری بیمه‌های پایه ۷۰٪ تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی می‌باشد.^{۳۶}

^{۳۵} ۴۰۲۰/۹۶/۱۸۴۳ - ۹۶/۸/۲۴

شش: ۱۳۹۴۹۷۲۴

^{۳۶} ۴۰۲۰/۹۶/۲۱۳۳ - ۹۶/۱۰/۵

شش: ۱۶۸۰۹۶۲۵

۱۶-۳- طبق بند ۱۶ ماده‌ی ۶ فصل سوم دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه‌های پایه، در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت، کلیه خدمات ارائه‌شده طبق تعرفه مصوب بدون احتساب تخت روز با فرانشیز بستری قابل محاسبه و پرداخت است.^{۳۷}

۱۷- نحوه رسیدگی به اسناد بستری در اورژانس:

ضمائم صورتحساب پرونده اورژانس

- ۱- دستور بستری با مهر و امضاء پزشک معالج
- ۲- تصویر صفحه اول دفترچه معتبر (استحقاق درمان ضمیمه باشد)
- ۳- صورتحساب و ریز پرینت خدمات ارائه شده (صورتحساب مهمور به مهر و امضاء پزشک معالج و ریاست بیمارستان باشد)
- ۴- برگ دستورات پزشک یا کارت اورژانس
- ۵- برگ گزارش پرستاری مبنی بر انجام دستورات پزشک
- ۶- در صورت درخواست خدماتی مانند آزمایش، رادیولوژی، نوار قلب و ... دستور پزشک و تایید انجام آن توسط پرستار در برگ گزارش پرستاری الزامی است.
- ۷- گزارش سی.تی.اسکن و ام. آر. آی و سونوگرافی با مهر و امضاء پزشک انجام دهنده خدمت می بایستی ضمیمه گردد.
- ۸- ریز پرینت الصاقی به صورتحساب در بخش داروخانه و پاراکلینیک میبایستی توسط مسئولین فنی هر واحد مهر و امضاء گردد.
- ۹- در صورت انجام خدمات جراحی سرپایی مانند انواع ترمیم‌ها، جاندازی‌ها و ... گزارش خدمت با تایید پزشک معالج ضمیمه گردد.

۱۰- هزینه خدمات ارائه شده در بخش اورژانس جهت بیمارانی که به سایر بخشهای بستری منتقل میگردند قابل پرداخت است مشروط بر اینکه خدمات انجام شده در بخش اورژانس از خدمات بخش بستری تفکیک بوده و مستندات در پرونده موجود باشد. (۸۴/۱۱/۲۳-۴۰۲۰/۸۴/۱۱۲۶۰۶)

مراکزی که در آنها پزشک متخصص طب اورژانس و پرستار تریاژ مستقر می‌باشند.

به‌طور کلی، جهت متخصص طب اورژانس تنها یک ویزیت (بسته به سطح تریاژ - محدود و یا جامع) در اورژانس تعلق گرفته و سایر ویزیت‌های بستری قید شده در کتاب ارزش نسبی شامل ویزیت‌های روز اول، پیگیری و ترخیص مشمول آنان نمی‌گردد. (نکته: ویزیت بحرانی هم تعلق می‌گیرد).

توضیح: در مراکزی که پزشک متخصص طب اورژانس مستقر بوده ولی پزشک عمومی و سایر متخصصین نیز بر حسب نیاز بیماران انجام وظیفه می‌نمایند، ویزیت و خدمات ارائه‌شده توسط دیگر پزشکان (غیر از طب اورژانس) برابر تعرفه‌های سرپایی قابل پرداخت می‌باشند.

اگر در مرکزی طبق برنامه روتین ابتدا پزشک عمومی بیماران را ویزیت نموده و سپس ارجاع به متخصص نماید نمی‌توان به‌طور روتین هر دو ویزیت را پرداخت نمود مگر در مرکزی که پزشک طب اورژانس و پرستار تریاژ مستقر نباشد. (توضیح در ادامه مبحث)

اگر سطح‌بندی تریاژ توسط پزشک عمومی انجام شود جهت آن نمی‌توان یک ویزیت سرپایی پزشک عمومی پرداخت کرد.

تریاز ۱ و ۲

پزشک متخصص طب اورژانس می‌بایست حداکثر تا ۲۴ ساعت از زمان پذیرش، نسبت به تعیین تکلیف بیمار جهت بستری در بخش مربوطه پس از درخواست و انجام مشاوره (منتج به بستری) توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص که از این به بعد پزشک معالج بیمار محسوب می‌شود، اقدام نماید. بدیهی است کلیه هزینه‌های تشخیصی درمانی بیمار، از زمان پذیرش در اورژانس تا ترخیص مطابق ضوابط بستری، ثبت و درخواست می‌گردد.

تبصره ۱)

در صورتی که بیمار پس از تعیین تکلیف، بدلیل نبود تخت خالی در بخش مربوطه، همچنان در اورژانس اقامت نماید، ضروری است کلیه خدمات مورد نیاز بیمار در بخش بستری مربوطه (اعم از ویزیت و خدمات بستری توسط پزشک معالج) در بخش اورژانس ارائه گردد (به شرط رعایت ضوابط و استانداردهای وزارت بهداشت). تا زمان انتقال به بخش، کلیه خدمات اورژانسی که به منظور stable نمودن بیمار (توسط متخصص طب اورژانس) صورت می پذیرد قابل پرداخت می باشد و کلیه هزینه ها از زمان پذیرش در اورژانس تا ترخیص مطابق با ضوابط بستری ثبت و درخواست می گردد. (۲۴ ساعت اول)

تبصره ۲)

چنانچه پزشک متخصص طب اورژانس جهت بیماران تریاژ سطح ۱ و ۲ درخواست مشاوره نموده و منتج به بستری بیمار گردد، حق الزحمه پزشک متخصص مشاور، جایگزین ویزیت روز اول پزشک معالج گردیده و از روز دوم بستری به بعد، ویزیت روز دوم به بعد جهت پزشک معالج مربوطه قابل پرداخت خواهد بود. بدیهی است در این صورت ویزیت روز اول بستری به صورت جداگانه علاوه بر مشاوره نباید درخواست و پرداخت گردد.

تبصره ۳)

چنانچه بیمار در بدو ورود به اورژانس مرکز درمانی نیاز به دریافت خدمات مراقبت بحرانی داشته باشد تعرفه ویزیت جامع بیمار در بخش اورژانس، هم زمان قابل پرداخت نبوده و تنها کد مراقبت بحرانی قابل محاسبه می باشد.

تبصره ۴)

اگر بیمار با تریاژ سطح ۱ و ۲ در مدت زمان کمتر از ۶ ساعت از زمان پذیرش، از بیمارستان مرخص شود (فوت، انتقال به بیمارستان دیگر، ترخیص با رضایت شخصی و ...) پرونده با فرانشیز سرپایی و بدون محاسبه هتلینگ، قابل پرداخت است.

ترباژ ۳

پزشک متخصص طب اورژانس می‌بایست حداکثر تا ۶ ساعت از زمان پذیرش نسبت به تعیین تکلیف بیمار از نظر انتقال به بخش مربوطه یا ترخیص اقدام نماید.

انتقال به بخش مربوطه می‌بایست پس از درخواست و انجام مشاوره (منتج به بستری) توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص که از این به بعد پزشک معالج بیمار محسوب می‌شود انجام شده و کلیه هزینه‌های تشخیصی-درمانی بیمار از زمان پذیرش در اورژانس تا ترخیص، مطابق با ضوابط بستری ثبت و درخواست گردد.

- ویزیت قابل پرداخت در این حالت، تعرفه ویزیت محدود می‌باشد.

- اگر بعد از نظر پزشک مشاور، بیمار نیازمند بستری در بخش باشد ولی بدلیل نبود تخت خالی همچنان در اورژانس اقامت نماید، کلیه خدمات ارائه شده به بیمار (اعم از ویزیت و خدمات بستری توسط پزشک معالج و خدمات ارائه شده اولیه که به منظور stable شدن بیمار توسط متخصص طب اورژانس ارائه شده، مطابق ضوابط بستری ثبت و درخواست می‌گردد.

- اگر در مدت کمتر از ۶ ساعت از زمان پذیرش، ترخیص، فوت و یا به بیمارستان دیگری انتقال یابد پرونده با فرانشیز سرپایی و بدون تخت روز محاسبه می‌گردد.

- درخواست مشاوره از سوی پزشک طب اورژانس، جهت تعیین تکلیف بیمار سطح ۳ ترباژ، از پزشک متخصص یا فوق تخصص دیگری، قابل پرداخت است. بدیهی است در صورت مشاوره منتج به بستری، حق الزحمه مشاوره پزشک مشاور جایگزین ویزیت روز اول پزشک معالج گردیده و از روز دوم بستری به بعد، از کد ۹۰۱۹۳۰ (بعنوان ویزیت روز دوم به بعد) جهت پزشک معالج مربوطه استفاده خواهد شد.

لازم به ذکر است در صورت عدم بستری بیمار، تعرفه مشاوره برابر ویزیت سرپایی متخصص یا فوق تخصص قابل پرداخت است.

ترباژ ۴ (با تشکیل پرونده اورژانس)

ضروری است پزشک طب اورژانس تا ۶ ساعت از زمان پذیرش نسبت به ترخیص بیمار تعیین تکلیف نماید. تبصره: چنانچه بیمار در هر زمانی توسط متخصص طب اورژانس ترخیص گردد، تعرفه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود و بیمار با فرانشیز سرپایی مرخص می‌شود.

- تعرفه ویزیت برای طب اورژانس برابر تعرفه ویزیت محدود قابل محاسبه خواهد بود.

ترباژ ۴ (بدون تشکیل پرونده اورژانس) و ترباژ ۵

در این شرایط انجام ویزیت توسط طب اورژانس برابر ویزیت سرپایی متخصص قابل محاسبه و پرداخت است. هزینه انجام مشاوره در بیماران سطح ۴ و ۵ ترباژ غیرقابل پرداخت می‌باشد.

مراکزی که در آنها پزشک متخصص طب اورژانس و پرستار تریاژ مستقر نمی‌باشد.

الف) در هر بار تحت نظر بودن بیمار، ویزیت پزشک عمومی و ویزیت پزشک متخصص یا فوق تخصص مشروط بر انجام و درخواست براساس تعرفه ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ب) پزشک متخصص می‌بایست حداکثر تا ۶ ساعت از زمان پذیرش، نسبت به تعیین تکلیف بیمار از نظر انتقال به بخش مربوطه یا ترخیص اقدام نماید.

بدیهی است انتقال به بخش مربوطه می‌بایست پس از درخواست و انجام مشاوره توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص که از این به بعد پزشک معالج بیمار محسوب می‌شود انجام شده و کلیه هزینه‌های خدمات صورت گرفته (قبل از دستور بستری) به همراه پرونده بستری و با سهم سازمان بستری درخواست گردد.

تبصره ۱) چنانچه براساس نظر پزشک مشاور، بیمار نیازمند بستری در بخش مربوطه باشد ولی به دلیل نبود تخت کافی همچنان در اورژانس اقامت نماید، ضروری است کلیه خدمات موردنیاز بیمار در بخش بستری موردنظر (اعم از ویزیت و خدمات بستری توسط پزشک معالج) با ضوابط بستری در بخش اورژانس ارائه گردد (به شرط رعایت استاندارد وزارت بهداشت در ارائه خدمات موردنیاز بستری) در این صورت کلیه هزینه‌های خدمات صورت گرفته در اورژانس (قبل از دستور بستری) به همراه پرونده بستری و با سهم سازمان بستری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲) اگر بیمار در مدت زمان کمتر از ۶ ساعت از زمان پذیرش، ترخیص، فوت و یا به مرکز دیگری انتقال یابد، پرونده با فرانشیز سرپایی و بدون تخت روز محاسبه می‌گردد.

تبصره ۳) چنانچه بیمار در هر زمانی توسط پزشک متخصص ترخیص گردد، تعرفه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود (سهم سازمان سرپایی).

تبصره ۴) چنانچه پزشک مستقر در اورژانس جهت تعیین تکلیف بیمار از پزشک متخصص یا فوق تخصص دیگری درخواست مشاوره نموده که منتج به بستری بیمار در بخش مربوطه گردد، صرفاً حق الزحمه مشاوره پزشک مشاور به عنوان مشاوره بستری (جایگزین ویزیت روز اول) جهت پزشک معالج محسوب می‌گردد، لازم به ذکر است در صورت عدم بستری بیمار تعرفه مشاوره معادل ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۲- نمونه فرم تریاژ بیمارستانی



مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - معاونت درمان

دستورالعمل اجرا و اصول راه‌اندازی سامانه تریاژ بیمارستانی در بخش اورژانس

سطح تریاژ

هوالشافی

کد پذیرش:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تریاژ پرستاری اورژانس بیمارستان

نام و نام‌خانوادگی بیمار: تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

سن: جنس: مرد زن باردار

نحوه ارجاع: آمبولانس ۱۱۵ آمبولانس خصوصی وسیله شخصی امداد هوایی

سایر:

مراجعه ۲۴ ساعت قبل

شکایت اصلی بیمار:

سابقه حساسیت دارویی و غذایی:

شرایط تهدیدکننده حیات (سطح ۱)

سطح هوشیاری بیمار: A V P U

مخاطره راه هوایی: دیسترس تنفسی سیانوز علائم شوک

علائم حیاتی: T: RR: PR: BP: Spo2:%

بیماران پرخطر (سطح ۲)

شرایط پرخطر: لتارژی و خواب‌آلودگی درد یا دیسترس شدید

سابقه پزشکی: سابقه دارویی: Spo2:%

بیماران سطح ۳:

تعداد تسهیلات موردنیاز بیمار در اورژانس: ۲ و بیشتر

علائم حیاتی: T: RR: PR: BP:

سایر بیماران (سطح ۴ و ۵):

تعداد تسهیلات موردنیاز بیمار در اورژانس: ۱ مورد هیچ

سطح تریاژ بیمار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

ارجاع به:

(منظور از "ارجاع به"، یکی از قسمت‌های داخل بخش اورژانس است که در صفحه ۹ مورد ۵ در دستورالعمل ذکر شده است)

نام و امضای پرستار تریاژ:

ساعت و تاریخ ارجاع:

کد	نام خدمات
100215	ترمیم ساده زخم سطحی پوست سر، گردن، زیر بغل، اعضای تناسلی، تنه یا اندام (شامل دست ها و پاها) تا ۱۰ سانتی متر
100220	ترمیم ساده زخم سطحی پوست سر، گردن، زیر بغل، اعضای تناسلی، تنه یا اندام (شامل دست ها و پاها) به ازای هر ۵ سانتی متر اضافه
100225	ترمیم ساده زخم سطحی صورت، گوش، پلک، بینی، لب یا پرده های مخاطی؛ تا ۷ سانتی متر
100230	ترمیم ساده زخم سطحی صورت، گوش، پلک، بینی، لب یا پرده های مخاطی؛ به ازای هر ۳ سانتی متر اضافه
100240	بستن لایه به لایه زخم های ناحیه پوست سر، زیر بغل، تنه، اندام، دست ها، پاها یا اعضای تناسلی خارجی؛ تا ۱۰ سانتی متر
100245	بستن لایه به لایه زخم های ناحیه پوست سر، زیر بغل، تنه، اندام، دست ها، پاها یا اعضای تناسلی خارجی؛ به ازای هر ۵ سانتی متر اضافه
100250	بستن لایه به لایه زخم صورت، گوش، پلک، بینی، لب یا پرده های مخاطی؛ تا ۷ سانتی متر
100255	بستن لایه به لایه زخم صورت، گوش، پلک، بینی، لب یا پرده های مخاطی؛ به ازای هر ۳ سانتی متر اضافه
100260	ترمیم مشکل ناحیه تنه؛ تا ۷.۵ سانتی متر
100265	ترمیم مشکل پوست سر، بازو یا ساق یا تا ۷.۵ سانتی متر
100270	ترمیم مشکل پشایی، گوشت، چانه، دهان، گردن، زیر بغل، اعضای تناسلی، دست ها یا پاها؛ تا ۷.۵ سانتی متر
100275	ترمیم مشکل پلک، بینی، گوش یا لب؛ تا ۷.۵ سانتی متر
100280	ترمیم مشکل هر ناحیه از بدن به ازای هر ۵ سانتی متر اضافی یا کمتر از آن
400135	ترمیم پارگی هر میزان سانتی متر از کف دهان، ۲/۳ قدامی زبان یا ۱/۳ خلفی زبان
602560	بخیه زخم پلک که لبه پلک، تارس یا ملتحمه پلکی را درگیر کرده باشد یا ترمیم ساده همه یا قسمتی از ضخامت پلک
202395	ترمیم تاندون اکستانسور پشت دست یا انگشت با یا بدون گرفت آزاد
204125	ترمیم تاندون فلکسور یا اکستانسور پا
200010	اکسیلوراسیون زخم نافذ گردن
200015	اکسیلوراسیون زخم نافذ قفسه سینه شکم، پهلو یا پشت
200020	اکسیلوراسیون زخم نافذ اندام ها
100511	شستشو و بانسمان ساده کوچک یا متوسط تا ۲۰ سانتی متر
100512	شستشو و بانسمان ساده بزرگ بیش از ۲۰ سانتی متر
100506	کشیدن بخیه تا ۱۰ گره یا تا ۱۰ سانتی متر
100507	کشیدن بخیه بیشتر از ۱۰ گره یا بیشتر از ۱۰ سانتی متر
100555	درمان ابتدایی سوختگی درجه یک با بانسمان ساده
602725	درناژ آسه یا هماتوم لاله یا مجرای خارجی گوش
602765	در آوردن جسم خارجی از مجرای گوش خارجی
601925	در آوردن جسم خارجی از چشم، ملتحمه سطحی یا با بدون اسلیت لامپ
300055	در آوردن جسم خارجی داخل بینی
300130	تامپون بینی قدامی (یک طرفه یا دو طرفه یا بدون کونترپاسیون)
300135	تامپون بینی خلفی
100020	انسیزیون و درناژ آسه مثل کاربانکل، آسه جلدی و یاروشیا
100035	انسیزیون و درناژ هماتوم
100075	دبریدمان پوست و بافت زیر جلدی
100160	اکسیزیون کیست یا سینوس پیلوئیدال
100140	اکسیزیون ناخن و بستر ناخن (ناخن در گوشت فرو رفته)
200055	در آوردن جسم خارجی از بافت نرم

ترمیم ها و پروسیجرهای جراحی

گوش و حلق و بینی

تخلیه / درناژ

کد	نام خدمات
901949	ویزیت در بخش اورژانس سطح ۱ و ۲ تریاژ
901948	ویزیت در بخش اورژانس سطح ۳ و ۴ تریاژ
901970	مراقبت بحرانی در بیمار بدحال سطح ۱ و ۲ تریاژ
901971	آرامبخشی و بی درد PSA در اورژانس
901125	اکسیمتری گوش یا نبض یک یا چند بار در طول شبانه روز
901130	بالس اکسی متری در هنگام احیاء قلبی
900710	ECG با تفسیر و گزارش
900770	ECG مانیتورینگ در بخش های غیر از مراقبت ویژه (۱ تا ۲۴ ساعت)
300335	لوله گذاری داخل تراشه
300336	لوله گذاری داخل تراشه به روش القای سریع RSI (به کد بالا اضافه شود)
300470	تراکستومی، از طریق غشاء کریکویئوئید
300465	تراکستومی، اورژانسی و غیر اورژانسی در هر سنی
300650	توراکوتومی یا بدون ماساژ قلبی
900610	احیاء قلبی عروقی بزرگسال
901990	احیاء قلبی عروقی نوزاد
900620	شوک قلبی برای آرتیمی
901090	تنفس متدیا فشار مثبت راه هوایی (CPAP) یا (BIPAP) خارج از بخشهای مراقبت های ویژه
901080	تنفس آنروسل برای درمان یابیشگیری بنومونی یا درمان استنشاقی با تجویز آنروسل برای استاندارد هوایی به ازاء هر ساعت
901085	کمک تنفسی متدیا (تیلانور) به ازای هر روز خارج از بخش ویژه (تا ۲۴ ساعت)
901100	آموزش نحوه استفاده بیمار از آنروسل یا اسپری استنشاقی
302610	ترومبولیز عروق مغزی
302425	لخته زدایی ابزار یا کاتر کاشته شده برای دسترسی عروقی به وسیله عوامل ترومبولیتیک
900010	تزریق توکسین یا اینجکشن کزاز یا واکسیناسیون داخل عضلانی
900015	آنژیوزون داخل وریدی توسط پزشک یا زیر نظر مستقیم پزشک (زیر ساعت)
900030	تزریق وریدی دارو (زیر ۶ ساعت)
302355	تزریق خون یا محصولات خونی در بالغین به ازای هر واحد
302480	تفسیر ABG
300620	توراستنژ، بونکسیون فضای جنب پاریه برای آسپیراسیون
300820	پریکاردیوسنتز یا سوزن
402015	پاراستنژ شکم (تب مایع آسیت)
600935	بونکسیون نخاع (LP)
600095	بونکسیون لوله یا مخزن شنت
300625	آسپیراسیون درمانی پلور یا وارد کردن تیوب (pig tale)
200067	آسپیراسیون یا تزریق مفضل
500440	سونداز مثانه
500447	گذاشتن و برداشتن سوند نلاتون
302515	شالدون گذاری
500325	آسپیراسیون مثانه یا کاتر گذاری کاتر سوپر ابوبیگ
900200	لوله گذاری معده و آسپیراسیون یا لاواز
302430	تعمیه کاتر ورید مرکزی (CVP)
300640	تعمیه Chest Tube
900221	گذاشتن رکتال تیوب

ویزیت

مراقبت ها و پایش ها

اقدامات احیاء و تهویه

تزریق ها و آنژیوزون ها

تب مایعات

کاترها

کد	نام خدمات	کد	نام خدمات
204540	گچ گیری شانه تادست (بلند) آرنج تا انگشت (کوتاه) دست و قسمت پایینی ساعد	200950	درمان بسته شکستگی دنده یا استرنوم
204550	به کارگیری آتل بلنداندام فوقانی (شانه تادست یا ساعد تادست)	201020	درمان شکستگی زائده مهره ای، جسم مهره ای بدون مانیپولاسیون
204555	آتل بندی انگشت	201440	درمان بسته شکستگی کلایپیکول یا اسکاپولا
204565	باندیجی: قفسه سینه، قسمت تحتانی پشت، شانه، آرنج تا معج، دست یا انگشت	201455	درمان بسته شکستگی پروگزیمال هومروس (گردن جراحی یا آنتومیک؛ با یا بدون مانیپولاسیون)
204575	گچ بلند پا (ران تا انگشتان پا) یا (ران تا معج پا)	201720	درمان بسته شکستگی تنه هومروس، سوپراکوندیلار، اپی کندیل یا کوندیل؛ با یا بدون مانیپولاسیون
204580	گچ کوتاه پا (زیر زانو تا انگشتان پا)	201780	درمان بسته شکستگی سر یا گردن رادیوس
204600	آتل بلند یا کوتاه پا	201790	درمان بسته شکستگی اولنا
204605	باندیجی: لگن، زانو، معج پا و یا پا	202120	درمان بسته شکستگی تنه رادیوس و یا اولنا
204610	باندیجی انگشتان پا	202150	درمان بسته شکستگی دیستال رادیوس
204625	باز کردن گچ	202180	درمان بسته شکستگی استیلوئید اولنا
204650	باز کردن پنجره در گچ	202160	درمان بسته شکستگی اسکافوئید
200840	جا اندازی در رفتگی فک - گیجگاهی	202170	درمان بسته شکستگی استخوان معج دست به جز اسکافوئید
201480	جا اندازی بسته در رفتگی شانه با مانیپولاسیون	202615	درمان بسته شکستگی متاکارپ منفرد
201490	جا اندازی بسته در رفتگی شانه با شکستگی توبروزیته بزرگ هومروس یا شکستگی گردن آنتومیک یا جراحی با مانیپولاسیون	202660	درمان بسته شکستگی تنه بند انگشت میانی یا پروگزیمال
201755	جا اندازی بسته نیمه در رفتگی - سر رادیوس در کودکان	202670	درمان بسته شکستگی مفاصل اینترفالانژیال یا متاکارپوفالانژیال
202650	جا اندازی بسته در رفتگی مفاصل MCP دست	202680	درمان بسته شکستگی بند انگشت دیستال
202690	جا اندازی بسته در رفتگی مفاصل DIP و PIP انگشت دست	202950	درمان بسته شکستگی حلقه لگنی
203040	جا اندازی بسته در رفتگی هیپ (لگن)	202955	درمان بسته شکستگی دنیاچه
203535	جا اندازی بسته در رفتگی زانو	203505	درمان بسته شکستگی کنکک
203545	جا اندازی بسته در رفتگی کنکک	203775	درمان بسته شکستگی تنه تیبیا یا بدون شکستگی فیبولا
203880	جا اندازی بسته در رفتگی معج پا	203790	درمان بسته شکستگی قوزک داخلی
204460	جا اندازی بسته در رفتگی مفصل متاتارسو فالانژیال پا	203800	درمان بسته شکستگی تنه یا پروگزیمال فیبولا
204470	جا اندازی بسته در رفتگی مفصل اینترفالانژیال انگشت پا	203810	درمان بسته شکستگی دیستال فیبولا (قوزک خارجی)
601435	بلوک بین دنده ای ، متعدد	203820	درمان بسته شکستگی هر دو قوزک معج پا
601445	بلوک عصب فمورال	204345	درمان بسته شکستگی کالکانئوس
601460	بلوک اعصاب محیطی و شاخه های آن	204360	درمان بسته شکستگی تالوس
		204385	درمان بسته شکستگی متاتارس
		204400	درمان بسته شکستگی شست پا
		204410	درمان بسته شکستگی سایر انگشتان پا
		701556	سونوگرافی FAST از بیمار ترومایی در بخش اورژانس
		701705	سونوگرافی نسج نرم
		701535	سونوگرافی جهت جستجوی مایع بلور یا اسیت