

راهنمای فرم مشاوره باروری سالم و فرزند آوری (مراقب سلامت)

این فرم برای زوجینی که برای دریافت خدمات باروری سالم، فرزند آوری و ناباروری برای اولین بار به مرکز جامع سلامت/ پایگاه سلامت در بخش دولتی مراجعه می کنند، تکمیل خواهد شد.

بدیهی است در صورت تغییر شرایط فرد (مندرج در جدول الف) و عدم ثبت اطلاعات در سایر برنامه های سلامت، می بایست اطلاعات جدول فوق به روز گردد. لازم به ذکر است که در صورت تغییر اطلاعات فرد، فرم قبلی به عنوان سابقه نگهداری خواهد شد.

اطلاعات دموگرافیک و شرایط عمومی مراجعه کننده:

الف- شرایط عمومی و تاریخچه باروری مراجعه کننده:

نام و نام خانوادگی:	
کد ملی:	
تاریخ تولد:	سن:
تاریخ ازدواج:	
سن در زمان ازدواج:	
تعداد بارداری:	
تعداد زایمان:	
تعداد سقط:	
تعداد مرده زایی:	
تعداد فرزندان زنده:	
سن آخرین فرزند:	برحسب ماه
باردار/ مشکوک به بارداری:	
یائسه:	
هیستریکتومی:	
استفاده قبلی از خدمات جراحی فاصله گذاری بین تولد فرزندان (بستن لوله های رحمی - واکتومی):	

در ردیف تعداد بارداری ها، منظور از بارداری، مواردی است که تست بارداری فرد مثبت شده باشد.

بدیهی است در صورت تیک خوردن هر کدام از موارد قرمز رنگ، فرد واجد شرایط استفاده از خدمات مشاوره فرزند آوری و باروری سالم نمی باشد. در مورد بارداری/ مشکوک به بارداری می بایست بر اساس آخرین دستورالعمل اداره سلامت مادران اقدام گردد. همچنین در خصوص یائسگی، می بایست مطابق با آخرین دستورالعمل اداره سلامت میانسالان اقدام لازم صورت گیرد.

بلی خیر

ب- آیا تصمیم به فرزندآوری دارد؟

در صورت پاسخ بلی، فرد برای دریافت مراقبت پیش از بارداری به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود.
در صورت پاسخ خیر، در مورد واجد شرایط بودن خدمات فاصله گذاری بررسی شود.

ج- آیا فرد شرایط تهدید کننده سلامت/ جان مادر باردار (نامه شماره ۸۴۴۷۲/پ مورخ ۱۳۹۲/۸/۲۰ سازمان پزشکی قانونی در خصوص اندیکاسیون های سقط درمانی) را دارد؟
(نامه به صورت هایپر لینک گذاشته شود)

بلی خیر

در صورت پاسخ بلی و تمایل فرد به استفاده از خدمات جراحی، فرم مربوطه باز شود.

در صورت پاسخ خیر، فرد در مورد واجد شرایط بودن استفاده از خدمات فاصله گذاری بررسی شود.

د- آیا فرد واجد شرایط استفاده از روش های موقت فاصله گذاری می باشد؟

بله خیر

اندیکاسیون های استفاده از روش های موقت فاصله گذاری بین تولد فرزندان:	
<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی (ایسکمی، درجه ای، ناهنجاری مادرزادی نارسایی)، آسم (به تاخیر انداختن بارداری با توجه به شدت بیماری و نظر پزشک)
<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا، فشارخون غیرقابل کنترل با دارو (تعویق بارداری تا زمان کنترل فشارخون)
<input type="checkbox"/>	بیماری مزمن کلیه (ابتلا به بیماری حداقل به مدت ۳ ماه)، پیوند کلیه نارسایی کلیه (تعویق بارداری تا زمان کنترل فشارخون)
<input type="checkbox"/>	دیابت یا بیماری تیروئید (در مورد دیابت، اجازه بارداری حداقل ۳ ماه بعد از طبیعی شدن قند خون و هموگلوبین A1c و سایر عوارض دیابت و در مورد بیماری تیروئید، کنترل بیماری قبل از بارداری)
<input type="checkbox"/>	بیماری بافت همبند - لوپوس (کنترل بیماری حداقل ۶ ماه قبل از باردار شدن)
<input type="checkbox"/>	صرع؛ ام اس ناتوان کننده (کنترل قبل از بارداری)
<input type="checkbox"/>	مادر تا دو سال پس از زایمان (مشاوره فرزند آوری برای پیشنهاد زمان مناسب بارداری با توجه به شرایط فرد)
<input type="checkbox"/>	سل، ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله بیماری ایدز شده اند (به تاخیر انداختن بارداری تا تکمیل درمان)
<input type="checkbox"/>	بیماری های روانی، عقب افتادگی ذهنی (در مورد بیماری های روانی: کنترل بیماری قبل از بارداری با توجه به شدت بیماری و در مورد عقب افتادگی ذهنی: استفاده از روش های پیشگیری از بارداری)
<input type="checkbox"/>	آنمی سیکل سل (کنترل بیماری قبل از بارداری و با نظر پزشک)
<input type="checkbox"/>	آنمی فقر آهن (به تاخیر انداختن بارداری تا اصلاح آنمی)
<input type="checkbox"/>	مصرف داروی تراژون، شیمی درمانی، پرتو درمانی، ... (به تاخیر انداختن بارداری تا درمان کامل)
<input type="checkbox"/>	سن : بالای ۳۵ سال و داشتن حداقل ۳ فرزند یا کمتر از ۱۸ سال (در مورد سن زیر ۱۸، مشاوره فرزند آوری برای پیشنهاد زمان مناسب بارداری با توجه به شرایط فرد و در مورد سن بالای ۳۵ و داشتن حداقل ۳ فرزند، استفاده از روش های فاصله گذاری)
<input type="checkbox"/>	افراد مشکوک یا در معرض رفتارهای پرخطر و یا مبتلا به STIs/HIV، سوء مصرف مواد (به تاخیر انداختن بارداری)
<input type="checkbox"/>	هیچکدام

در صورتی که حداقل یکی از موارد زرد رنگ تیک بخورد، فرد می بایست همراه با مستندات بیماری، برای بررسی بیشتر به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود. در صورتی که حداقل یکی از موارد سفید رنگ تیک بخورد، مراقب سلامت می بایست فرد را برای استفاده از خدمات باروری سالم راهنمایی نماید. اگر مراجعه کننده مرد باشد، اطلاعات فوق بر مبنای اطلاعات همسر او بر اساس تقسیم بندی ها، مورد توجه قرار می گیرد. در سوال فاصله زمانی از آخرین بارداری، اگر بارداری آخر به تولد زنده منجر شده باشد حداقل انتظار دو سال پس از زایمان و اگر بارداری آخر فقط به یک بار سقط منجر شده باشد، نیاز به بررسی بیشتری نمی باشد (بر اساس آخرین دستورالعمل کشوری اداره سلامت مادران). در صورتی که فرد مشکوک یا در معرض رفتارهای پرخطر و یا مبتلا به STIs/HIV می باشد، ضمن تداوم خدمت، می بایست فرد مطابق با دستورالعمل های کشوری مرتبط با ادارات متولی، به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود. در صورتی که هیچکدام، تیک بخورد و سن آخرین فرزند مراجعه کننده بیش از ۲۴ ماه باشد، می بایست به بخش راهنمای آموزش و مشاوره فرزند آوری مراجعه شود. بدیهی است در این شرایط نیاز به تکمیل سایر اطلاعات این فرم نمی باشد.

ه- آیا مراجعه کننده تاکنون از روش های مطمئن فاصله گذاری استفاده کرده است؟

بله خیر

اگر بله، نام آخرین روش:

-قرص ترکیبی LD

- قرص ترکیبی Triphasic

- آمپول ترکیبی یک ماهه

-قرص پروژسترونی لاینسترونول

- آمپول پروژسترونی سه ماهه (DMPA)

- IUD

-کاندوم

- قرص لوونورجسترل

- سایر

-
-
-
-
-
-
-
-
-

در صورت پاسخ خیر، سوال "ح" پرسیده شود.

و- مراجعه کننده روش قبلی خود را از کدام محل دریافت می کرده است؟

-
-

پایگاه سلامت / خانه بهداشت

بخش خصوصی (داروخانه، مطب، کلینیک و ...)

ز- تجربیات او با آخرین روش استفاده شده چه بوده است؟

-
-
-
-
-
-

رضایت از روش

عدم رضایت از روش

ترس از عارضه

بروز عارضه

مخالفت همسر

سایر موارد/ سایر تجربیات

مدت استفاده از روش (ماه):

در صورت استفاده مراجعه کننده یا همسر او از یکی از روشهای بالا، نام روش، رضایتمندی یا عدم رضایت در هر دو نفر (زوجین)، بروز یا عدم بروز عوارض جانبی و نیز وقوع یا عدم وقوع حاملگی همزمان با استفاده از روش مورد توجه قرار می گیرد. بدیهی است در صورت رضایت از روش، ردیف اول کامل شده و دلیل قطع روش در همین ردیف نوشته می شود. در صورت نارضایتی از روش ردیف دوم تکمیل شده و دلایل مربوطه در ردیف های بعدی تکمیل خواهد شد. در هر دو صورت، مدت استفاده از روش در ردیف آخر نوشته خواهد شد.

ح- از نظر مراجعه کننده روش مناسب فاصله گذاری چه ویژگیهایی باید داشته باشد؟

-
-
-
-
-
-
-

روش جراحی باشد

استفاده از آن آسان باشد

هنگام تماس جنسی استفاده شود

با شیردهی مشکلی نداشته باشد

نیاز به مراجعه مکرر نداشته باشد.

قطع استفاده از آن آسان باشد

نظم خونریزی قاعدگی را به هم نزند

از عفونت های جنسی و ایدز پیشگیری کند

موارد برای مراجعه کننده خوانده می شود و در مقابل هر کدام از موارد بالا که توسط مراجعه کننده به عنوان یکی از ملاک های او برای انتخاب روش مورد نظر گفته می شود، علامت زده شود.

بله خیر

و- آیا مراجعه کننده می خواهد اطلاعاتی درباره همه روش های فاصله گذاری داشته باشد؟

اگر پاسخ بلی باشد، کلیاتی از همه روش های فاصله گذاری، برای فرد توضیح داده شود. این کلیات شامل نام روش ها، چگونگی استفاده (خوراکی، تزریقی، کار گذاشتنی، جراحی و...) و دوره زمانی مراجعه (ماهانه، فصلی و...) بوده و ارایه این توضیحات از ۲ دقیقه بیشتر نخواهد شد. و پس از آن به سوال "ک" مراجعه می کند.

ت- اگر پاسخ سوال "و" خیر است، آیا مراجعه کننده روشی را در ذهن خود انتخاب کرده است؟

بلی خیر

اگر پاسخ بلی باشد، سوال "ی" پرسیده شود.

اگر پاسخ سوال خیر باشد، سوال "ل" پرسیده شود.

ی- آیا اطلاعات کلی مراجعه کننده درباره روش مورد نظر صحیح است؟

بلی خیر

منظور از اطلاعات کلی دانستن نام روش، نحوه درست استفاده و عوارض جانبی شایع و یا مهم روش توسط مراجعه کننده است. اگر پاسخ سوال، بلی باشد سوال "م" پرسیده شود.

در صورت پاسخ خیر، مراقب سلامت می بایست نسبت به اصلاح اطلاعات فرد در مورد روش انتخابی وی، اقدام نماید و سپس سوال "ک" پرسیده شود.

ک- آیا مراجعه کننده در این مرحله روشی را برای فاصله گذاری انتخاب کرده است؟

بلی خیر

با توضیح مطالب درباره ارتباط سلامت مادر، کودک و خانواده و ارتباط آن با بارداری های ناخواسته و پرخطر، از مراجعه کننده درخواست خواهد شد تا در اولین فرصت بعدی به واحد ارایه خدمت مراجعه کند.

ل- در صورت انتخاب نکردن روش از سوی مراجعه کننده، تاریخ تعیین شده برای مراجعه بعدی:

م- در صورت انتخاب روش توسط مراجعه کننده، نام روش انتخاب شده چیست؟

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

-قرص ترکیبی LD

- قرص ترکیبی Triphasic

- آمپول ترکیبی یک ماهه

-قرص پروژسترونی لاینسترنول

- آمپول پروژسترونی سه ماهه (DMPA)

- IUD

-روش جراحی

-کاندوم

- قرص لوونورجسترل

- سایر

-روش طبیعی

ن- آیا روش انتخاب شده برای مراجعه کننده مناسب است؟

بلی خیر

با توجه اطلاعاتی که تا کنون از مراجعه کننده گرفته شده است، مناسب بودن یا مناسب نبودن روش انتخابی وی، توسط ارایه کننده خدمت مشخص می شود. روش مناسب فاصله گذاری از بارداری روشی است که با وضعیت سلامت و نیازهای باروری فرد و با پاسخ سوال "و" تا حد امکان مطابقت داشته باشد و قطعا هیچکدام از موارد منع مصرف مطلق و ترجیحا هیچکدام از موارد منع مصرف نسبی برای استفاده از آن روش وجود نداشته باشد. بدیهی است در صورت وجود هر کدام از شرایط منع مصرف نسبی، باید منافع استفاده از روش در مقابل مضرات استفاده از آن سنجیده شود و ارایه خدمت بر مبنای آن صورت گیرد.

اگر پاسخ "بلی" باشد به فرم مربوط به روش مورد نظر مراجعه کنید.

اگر مناسب نیست، به گیرنده خدمت کمک کنید که روش دیگری را انتخاب کند و نام روش های انتخابی بعدی را ذکر کنید. (اگر مراجعه کننده حاضر نشد روش دیگری انتخاب کند و هیچیک از موارد منع مصرف مطلق را برای روش انتخاب شده نداشت، به فرم مربوطه مراجعه و برپایه آن عمل کنید).

در صورتی که روش طبیعی تیک بخورد، در قسمت اقدامات در سامانه، اقدام زیر برای روش طبیعی نوشته شود:

برای مراجعه کننده توضیح داده شود که: با توجه به میزان شکست و عدم موفقیت زیاد روش های طبیعی، احتمال بوجود آمدن بارداری های پرخطر و برنامه ریزی نشده با این روش زیاد خواهد بود. بدیهی است بدلیل پیامدهای سقط حتی در شرایط بهداشتی، باید تصمیم اصلی زوجین در راستای ادامه بارداری و مراقبت های مرتب دوران بارداری تا انجام یک زایمان ایمن باشد.

پس از توضیح بالا، موارد زیر به مراجعه کننده به ترتیب آموزش داده شود:

- استفاده از یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری؛
 - استفاده از قرص لوونورجسترل برای موارد اورژانسی پیشگیری از بارداری؛
 - توصیه به انتخاب روش های مطمئن تر طبیعی به جای روش Withdrawal / منقطع مانند: Rhythmic / تقویمی.
- در صورت اصرار مراجعه کننده به استفاده از روش طبیعی، تعیین زمان برای پی گیری با توافق مراجعه کننده در حداقل فاصله ممکن (یکماه) صورت گیرد. در صورت تصمیم به انتخاب یک روش مطمئن فاصله گذاری، پس از پرسیدن نام روش، به فرم مربوطه رفته و بر اساس آن اقدام لازم صورت گیرد.

س- تاریخ تکمیل فرم

تاریخ اولین مراجعه:

تاریخ تکمیل فرم برپایه روز/ ماه/ سال نوشته شود.

راهنمای مشاوره و آموزش فرزند آوری (مراقب سلامت)

طبقه بندی شرایط مادر برای فرزند آوری:

- الف - فاقد فرزند است و مشکل بارداری ندارد
- ب - دارای فقط یک فرزند بالای ۲۴ ماه است و منعی برای بارداری ندارد
- سن آخرین فرزند ۲۴-۳۶ ماه سن آخرین فرزند بیش از ۳۶ ماه
- ج - بیش از یک فرزند دارد و منعی برای بارداری ندارد و سن آخرین فرزند بالای ۲۴ ماه است.
- سن آخرین فرزند ۲۴-۳۶ ماه سن آخرین فرزند بیش از ۳۶ ماه

در صورت تیک خوردن مورد "الف"، در قسمت اقدامات در سامانه، اقدام زیر نوشته شود:

اقدامات

- بر اساس محتوای کتاب سن و ناباروری، مشکلات به تاخیر انداختن تولد اولین فرزند آموزش داده شد.
- کتاب سن و ناباروری تحویل داده شد.

در صورت تیک خوردن مورد "ب"، در قسمت اقدامات در سامانه، اقدام زیر نوشته شود:

اقدامات

- بر اساس متن توجیهی مشاوره تک فرزندی (نامه شماره ۳۰۲/۱۴۱۶۵ د مورخ ۱۳۹۵/۸/۱۵) در زمینه پیامدهای تک فرزندی به وی آموزش داده شد.

در صورت تیک خوردن مورد "ج"، در قسمت اقدامات در سامانه، اقدام زیر نوشته شود:

اقدامات

- در خصوص پیامدهای ناشی از افزایش بین فاصله فرزندان و احتمال وقوع ناباروری ثانویه، به فرد آموزش داده شد.

آی یو دی (مراقب سلامت)

در صورت تمایل فرد به استفاده از روش آی یو دی ، وی میبایست برای انجام مشاوره و دریافت خدمت به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود.

آمپول سه ماهه (مراقب سلامت)

در صورت وجود مراقب سلامت- ماما یا پزشک در هنگام اولین مراجعه، ویزیت ایشان همراه با ارایه خدمت ضروری است. در صورتی که فرد موارد کنتراندیکاسیون مطلق و نسبی را نداشته باشد، مراقب سلامت می تواند نسبت به تزریق اولین نوبت از DMPA اقدام نماید. معاینه پزشک حداکثر تا سه ماه پس از تزریق اول ضروری است.

الف - بررسی موارد منع مصرف مطلق:

- فشارخون کنترل نشده
- خونریزی از دستگاه تناسلی بدون علت مشخص
- سابقه تومور کبدی
- سرطان پستان
- اختلالات شدید انعقادی
- سابقه سکتة مغزی
- ترومبوآمبولی فعلی

توجه: اختلالات شدید انعقادی شامل اختلالاتی است که باعث می شود در صورت هر گونه جراحی یا بریدگی در فرد مبتلا، خونریزی بصورت خود بخود قطع نشود.

موارد منع مصرف مطلق، مواردی هستند که فرد به هیچ وجه نباید از روش DMPA استفاده نماید. در صورت تیک خوردن هر کدام از موارد منع مصرف مطلق، فرم ادامه نخواهد یافت. در این صورت می بایست با فرد در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر مشاوره شود.

ب- بررسی موارد منع مصرف نسبی:

- تمایل به برگشت سریع باروری
- ابتلا به دیابت به مدت بیست سال یا بیشتر
- مشکلات مرتبط با تزریق (ترس...)
- چاقی ($BMI > 30$)
- فشارخون کنترل شده
- سن زیر ۱۶ سال

در صورت تیک خوردن هریک از خانه ها، مراجعه کننده بهتر است از آمپول تا زمان رفع مشکل، استفاده نکند و با مشاوره، روش دیگری را انتخاب نماید. در صورتی که فرد اصرار به استفاده از این روش داشته باشد، برای ارزیابی بیشتر می بایست به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود.

پ- معاینه های لازم و نتایج آنها:

- BMI
 - فشارخون
 - LDL (ارجاع برای درخواست)
- تاریخ:

در صورت وجود بیماری فشار خون کنترل نشده استفاده از DMPA ممنوع است. در صورت وجود بیماری فشارخون کنترل شده و یا چاقی (BMI بالاتر از ۳۰) استفاده از DMPA توصیه نمی شود.

در صورت فقدان نتیجه LDL در ۶ ماه گذشته، ابتدا باید فرد برای درخواست انجام این آزمایش به پزشک ارجاع داده شود. در صورتی که LDL فرد بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، آغاز استفاده از DMPA توصیه نمی شود. توجه شود که این آزمایش ها حداکثر تا ۳ ماه پس از اولین ویزیت پزشک و بر اساس دستورالعمل های کشوری، انجام شود.

داوطلب برای درخواست انجام آزمایش LDL به پزشک ارجاع داده شود. در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوال "خ" به بعد تکمیل گردد.

ت- زمان اولین تزریق DMPA (پس از بررسی شرایط بالا):

- پنج روز اول قاعدگی
 تاسه هفته پس از زایمان (در زن غیرشیرده)
 شش هفته پس از زایمان در زن شیرده (تغذیه انحصاری با شیر مادر) که قاعدگی او برنگشته است
 پنج روز پس از سقط در سه ماهه اول یا دوم
 سایر (ثبت مورد...)
 آموزشهای لازم برای استفاده از کاندوم برای یک هفته ارایه گردید و کاندوم به تعداد نیاز داده شد.

قسمت "ت" توسط مراقب سلامت و در نوبت اول تزریق تکمیل می شود.

در مورد "پنج روز پس از سقط در سه ماهه اول یا دوم"، تزریق DMPA پس از دریافت پاسخ منفی تست بارداری β -hCG از آزمایشگاه و رعایت سایر شرایط است.

در صورت انتخاب گزینه سایر، مورد آن مشخص شود.

در برابر زمان تزریق DMPA علامت گذاشته شود. در صورت آموزش برای استفاده از کاندوم به مدت یک هفته پس از تزریق اولین نوبت DMPA، در ستون مربوطه علامت زده می شود. توجه شود در صورت دادن یک بسته کاندوم به همراه EC، این عدد از تعداد کاندوم و EC انبار دارویی کم شود. همچنین برای نوبت بعدی، فرد می بایست ابتدا توسط مراقب سلامت- ماما از نظر موارد منع مصرف نسبی و مطلق، بررسی گردد و در صورت لزوم اقدام لازم برای درخواست آزمایش ها صورت گیرد.

لازم به ذکر است که یک آمپول ۱۵۰ میلی گرم DMPA هر سه ماه یکبار تزریق می گردد. اگر متقاضی در فاصله زمانی ۲ هفته زودتر و یا دو هفته دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می توان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، DMPA را تزریق کرد. توجه شود که قبل از تزریق و برای وجود آمدن سوسپانسیون یکنواخت، باید ویال یا آمپول را به شدت تکان داد. تزریق عضلانی (بالای عضله بازو و یا باسن) و عمیق (با استفاده از سر سوزن بلند) است. محل تزریق نباید ماساژ داده شود.

با توجه به جواب آزمایش ها و دریافت نظر مراقب سلامت- ماما یا پزشک، مناسب بودن روش برای فرد مشخص خواهد شد. در صورتی که روش برای وی مناسب باشد، با توجه به زمان تزریق، نسبت به ارایه و یا تداوم ارایه خدمت، اقدام گردد. در صورتی که روش برای فرد مناسب نباشد، از سوال "خ" به بعد تکمیل شده و مراحل انتخاب روش مناسب دیگر انجام شود. همچنین در پسخوراند ارجاع، علت عدم استفاده از روش ذکر شود. در هنگام تزریق آموزش های لازم در خصوص عوارض جانبی، علایم هشدار و زمان مراجعه بعدی به فرد داده شود.

ث- آیا تزریق DMPA انجام شد؟ خیر بلی

بدیهی است در صورت پاسخ "بلی" یک ویال / آمپول DMPA از تعداد خرید این روش کم خواهد شد.

ج- در صورت پاسخ خیر، دلیل / دلایل ارایه نکردن روش :

- نبود آمپول / ویال DMPA
 شک به حاملگی
 سایر موارد

در صورت تیک خوردن سایر موارد، مورد در قسمت اقدامات ثبت گردد.

چ- مراجعه های بعدی و بررسی های دوره ای:

تاریخ تزریق
وزن
فشار خون.....

ارجاع برای HDL

ارجاع برای LDL

رضایت از روش

بیاد داشتن هشدارها

بله خیر

بله خیر

ارزیابی دوره ای با فاصله سه ماهه توسط مراقب سلامت انجام می شود.

وزن و فشار خون در زمان های مقتضی اندازه گیری و پاسخ عددی آنها نوشته شده و با مراجعه های بعدی و مراجعه اول مقایسه خواهد شد.

HDL و LDL سالانه اندازه گیری می شود.

ح- بررسی عوارض احتمالی و هشدارها و اقدام:

تاریخ مراجعه

خونریزی شدید یا طولانی (دو برابر شدن مقدار یا مدت قاعدگی)

زردی چشم و پوست

افزایش فشار خون (نیازمند درمان)

سر درد شدید همراه با تاری دید، از بین رفتن موقت بینایی، برق زدن در چشم، اختلال تکلم یا حرکت

تغییر خلق

سر درد و سرگیجه

نفخ شکم

کاهش میل جنسی

حساسیت پستان ها

شک به بدخیمی پستان

تاخیر قاعدگی (درفرد دارای قاعدگی مرتب با DMPA)

تاخیر بیش از دوهفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه در طول استفاده از روش*

قطع قاعدگی به دلیل تزریق امپول و تاخیر بیش از دو هفته در تزریق بعدی*

قطع قاعدگی*

لکه بینی یا خونریزی در طول دوره های قاعدگی*

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

منظور از افزایش فشار خون نیازمند درمان، افزایش فشارخون به بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه است.

در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها موارد در ستون مربوطه، علامت زده شود.

در صورت علامت خوردن موارد قرمز نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان و در صورت علامت خوردن مابقی موارد (در صورت لزوم) فرد برای بررسی به مراقب

سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود. نتیجه اقدام انجام شده (شامل: توصیه، درمان و ارجاع) در قسمت اقدامات نوشته شود.

پس از ارجاع، پس خوراند ارجاع می بایست توسط مراقب سلامت از مراقب سلامت- ماما، پزشک و یا سطح بعدی دریافت گردد. همچنین در صورت تغییر روش،

موارد "خ" تا "ذ" تکمیل گردد.

خ- تاریخ و زمان قطع استفاده از روش:

تاریخ قطع استفاده از روش.....

مدت استفاده از روش (ماه).....

زمان قطع روش: هنگام قاعدگی به جز زمان قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش، تاریخ قطع و مدت استفاده به ماه نوشته و هنگام قطع (هنگام قاعدگی یا به جز زمان خونریزی قاعدگی) توسط مراقب سلامت

مشخص شود.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک در سه ماهه اول استفاده از روش، مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد،

می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "خ" به بعد تکمیل گردد.

د- علل قطع استفاده از روش:

- خواستن فرزند
- دشواری استفاده صحیح از روش
- مخالفت اطرافیان با روش
- ابتلا به عوارض جانبی (نوع عارضه.....)
- نگرانی از سلامتی
- عدم دسترسی به علت نبود وسیله/ روش
- عدم دسترسی به علت بعد مسافت
- هزینه استفاده از روش
- مراجعه مکرر
- نارضایتی از ارائه دهنده خدمت
- آسان نبودن استفاده صحیح از روش
- مخالفت همسر
- شیردهی
- نداشتن قاعدگی/ آمنوره
- ناباروری اولیه زن یا شوهر
- ناباروری ثانویه زن یا شوهر
- تازه زایمان کرده
- وجود موارد منع مصرف مطلق و نسبی پس از بررسی مراقب سلامت- ماما یا پزشک
- حاملگی و یا شک به حاملگی
- نداشتن ارتباط جنسی منظم با همسر
- دوری از همسر/ فقدان رابطه جنسی
- مسایل مذهبی
- سایر موارد ...

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده شود.

در صورتی که فرد روش را به دلیل تمایل به فرزند آوری قطع کرده باشد، وی برای مراقبت پیش از بارداری ارجاع داده شود، سوال "ذ" پرسیده نشود و موارد انجام شده در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ذ- آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، برای کمک به وی به منظور استفاده از یک روش فاصله گذاری مناسب می بایست با توجه به فرم مشاوره باروری سالم، با وی مشاوره شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات فاصله گذاری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، ضمن بیان توضیحاتی در خصوص پر خطر بودن بارداری برای وی، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات باروری سالم صورت گیرد.
شرح کارهای انجام شده در قسمت اقدامات نوشته شود.

در موارد * ، دستورالعمل روش های فاصله گذاری بار گذاری شود.

لایسنس ترنول (مراقب سلامت)

الف - بررسی موارد منع مصرف مطلق:

- ابتلای فعلی به مشکل لخته شدن خون در ورید های عمقی، آمبولی
- سابقه، ابتلای به سرطان پستان
- خونریزی غیر طبیعی رحمی
- اختلالات مزمن یا حاد کبدی (تومور، هیپاتیت و ...)

توجه: برای بررسی اختلالات مزمن یا حاد کبدی، با پرسش از مراجعه کننده، وجود علائمی نظیر زردی، خستگی، خارش، درد یک چهارم فوقانی سمت راست شکم، اتساع شکمی، ضعف، تهوع، تیره شدن ادرار، روشن شدن مدفوع، پف آلودگی صورت و ... بررسی شده و در صورت وجود هر کدام از این علائم، فرد می بایست برای بررسی بیشتر به مراقب سلامت- ماما یا پزشک ارجاع داده شود.

موارد منع مصرف مطلق، مواردی هستند که فرد به هیچ وجه نباید از روش لایسنس ترنول استفاده نماید. در صورت تیک خوردن هر کدام از موارد منع مصرف مطلق، فرم ادامه نخواهد یافت. در این صورت می بایست با فرد در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر مشاوره شود.

ب- بررسی موارد منع مصرف نسبی:

- سابقه بارداری خارج رحمی
- وزن بیش از ۷۰ کیلوگرم
- فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)
- سابقه کلستاز بارداری
- مصرف همزمان داروی ضد تشنج، ریفامپین، گریزوفلووین

توجه: برای پرسش درباره سابقه کلستاز بارداری، از مراجعه کننده وجود علائمی مانند خارش پوستی در ماه های دوم و سوم دوران بارداری پرسیده شده و در صورت وجود یا شک به سابقه ابتلا به کلستاز بارداری، فرد برای بررسی بیشتر می بایست به مراقب سلامت ماما ارجاع داده شود.

در صورت تیک خوردن هر یک از خانه ها، مراجعه کننده بهتر است از روش لایسنس ترنول تا زمان رفع مشکل، استفاده نکند و با مشاوره، روش دیگری را انتخاب نماید.

در صورتی که فرد اصرار به استفاده از این روش داشته باشد، برای ارزیابی بیشتر می بایست به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود.

پ- بررسی های لازم و نتایج آنها :

- اندازه گیری وزن
- اندازه گیری فشار خون
- بررسی های لازم حسب وجود نکته ای خاص در شرح حال

نتایج بررسی های فوق می بایست ثبت گردند.

در صورت وزن بیشتر از ۷۰ کیلوگرم یا فشار خون بالاتر از ۱۶۰/۱۰۰ بهتر است داوطلب از این روش استفاده نکند.

در صورت دریافت لایسنس ترنول علیرغم وجود موارد منع مصرف نسبی بررسی های لازم برپایه شرایط منع مصرف نسبی توسط مراقب سلامت- ماما یا پزشک مرکز در اولین فرصت ممکن انجام خواهد شد.

با توجه به نتیجه بررسی های انجام شده، در صورتی که روش برای فرد مناسب نباشد، سوال "ر" پرسیده شده و مراحل انتخاب روش مناسب دیگر انجام شود.

ت- زمان شروع استفاده از لاینسترنول (پس از بررسی شرایط بالا):

- شش هفته پس از زایمان (در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیر خوار با شیر مادر)
 - پنج روز اول قاعدگی و ترجیحاً روز اول (در صورت قاعده شدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیر خوار با شیر مادر)
 - بلافاصله پس از قطع روش قبلی (در استفاده کنندگان از سایر روش ها به شرط گذشت کمتر از شش ماه از زمان زایمان)
- سایر زمان ها (ثبت مورد ...)

زمان شروع لاینسترنول می بایست در ستون مربوطه ثبت گردد.

در صورت انتخاب گزینه سایر، مورد آن ثبت گردد.

درمورد آغاز استفاده از لاینسترنول در صورتیکه فرد در یکی از زمان های فوق نباشد، وی برای انجام آزمایش تست بارداری به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود و ارایه خدمت پس از دریافت پاسخ منفی تست بارداری β -hCG از آزمایشگاه و رعایت سایر شرایط انجام خواهد شد.

ث - تاریخ شروع لاینسترنول

در این قسمت تاریخ آغاز استفاده از اولین بسته لاینسترنول براساس روز/ ماه/ سال ثبت خواهد شد.

در هنگام دادن بسته لاینسترنول، آموزش های لازم در خصوص فراموشی مصرف لاینسترنول، عوارض جانبی، علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی، داده شده و در قسمت اقدام، ثبت گردد.

ج- آیا قرص لاینسترنول داده شد؟ خیر بلی

بدیهی است در صورت پاسخ "بلی" یک بلیستر قرص لاینسترنول از تعداد خرید این روش کم خواهد شد.

چ- در صورت پاسخ خیر، دلیل / دلایل ارایه نکردن روش :

- نبود قرص لاینسترنول
- شک به حاملگی
- سایر موارد

در صورت تیک خوردن سایر موارد، مورد در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ح - مراجعه های بعدی و بررسی های دوره ای (به فاصله های سه ماه پس از زایمان و شش ماه پس از زایمان):

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| | تاریخ |
| | وزن |
| | فشار خون |
| <input type="checkbox"/> خیر | رضایت از روش |
| <input type="checkbox"/> خیر | بیاد داشتن هشدارها |

ارزیابی دوره ای با فاصله سه ماهه توسط مراقب سلامت انجام و ثبت می شود.

وزن و فشار خون در زمان های مقتضی، اندازه گیری و پاسخ عددی آن ها نوشته شده و با مراجعه های بعدی و مراجعه اول مقایسه خواهد شد. در صورتیکه وزن یا فشارخون به شرایط منع مصرف نسبی وارد شود، پیشنهاد تغییر روش به مراجعه کننده داده خواهد شد و در صورت اصرار به استفاده از همین روش، می بایست فرد را برای بررسی بیشتر به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود. در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "ر" به بعد تکمیل گردد.

در صورت رضایت فرد از مصرف قرص لاینسترنول، ستون مربوطه تیک زده شود.

مراقبت اول با دریافت قرص ماه سوم پس از تولد، همزمان خواهد بود.

خ- بررسی عوارض احتمالی و هشدارها و اقدام (به فاصله های: یک ماه- دو ماه- سه ماه- چهار ماه و...):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | تاریخ مراجعه |
| <input type="checkbox"/> | احتمال پارگی کیست های تخمدانی |
| <input type="checkbox"/> | حاملگی خارج رحمی |
| <input type="checkbox"/> | خونریزی شدید |
| <input type="checkbox"/> | سردرد شدید (میگرن، سردرد های شدید همراه با تاری دید) |
| <input type="checkbox"/> | درد شدید قفسه سین |
| <input type="checkbox"/> | زردی پوست و چشم |
| <input type="checkbox"/> | خونریزی نامرتب رحمی* |
| <input type="checkbox"/> | حساس شدن پستان* |
| <input type="checkbox"/> | سایر عوارض احتمالی |
| <input type="checkbox"/> | آموزش های لازم |

توجه: درباره بارداری خارج رحمی و احتمال پارگی کیست های تخمدانی تشخیص احتمالی بر مبنای علامت درد شدید شکمی به ویژه در قسمت پایین شکم و لگن خواهد بود.

بررسی موارد جدول بالا برپایه دستورالعمل روش های پیشگیری در جمهوری اسلامی ایران و متناسب با واحد ارائه خدمتی که فرد مراجعه نموده است خواهد بود.

در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها، در ستون مربوطه، تیک خواهد خورد.

در صورت هر کدام از موارد بالا اقدام های انجام شده در قسمت اقدام ها، ثبت خواهد شد.

قسمت های قرمز رنگ نشان دهنده لزوم ارجاع فوری به بیمارستان است.

در صورت علائمی مانند خونریزی نامرتب رحمی و یا حساس شدن پستان و سایر عوارض احتمالی، ارجاع غیرفوری به مراقب سلامت- ماما یا پزشک (در صورت لزوم)، انجام می شود.

پس از ارجاع، پس خوراند ارجاع می بایست توسط مراقب سلامت از مراقب سلامت- ماما، پزشک و یا سطح بعدی دریافت گردد همچنین در صورت لزوم تغییر روش، موارد "د" تا "ر" تکمیل گردد.

در بخش آموزش های لازم به یاد داشتن هشدارها و موارد فراموشی توسط مراقب سلامت، به فرد آموزش داده شود

د- مدت زمان استفاده و زمان قطع استفاده از روش:

تاریخ قطع روش.....

مدت استفاده از روش (ماه)

زمان قطع روش : هنگام قاعدگی به جز زمان قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش، تاریخ قطع و مدت استفاده به ماه نوشته و هنگام قطع (هنگام قاعدگی یا به جز زمان قاعدگی) مشخص می شود.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک در سه ماهه اول استفاده از روش، مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "ر" به بعد تکمیل گردد.

ذ- علل قطع استفاده از روش:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | • خواستن فرزند |
| <input type="checkbox"/> | • دشواری استفاده صحیح از روش |
| <input type="checkbox"/> | • مخالفت اطرافیان با روش |
| <input type="checkbox"/> | • ابتلا به عوارض جانبی (نوع عارضه.....) |
| <input type="checkbox"/> | • نگرانی از سلامتی |
| <input type="checkbox"/> | • عدم دسترسی به علت نبود وسیله/ روش |
| <input type="checkbox"/> | • عدم دسترسی به علت بعد مسافت |

- هزینه استفاده از روش
- مراجعه مکرر
- نارضایتی از ارایه دهنده خدمت
- آسان نبودن استفاده صحیح از روش
- مخالفت همسر
- شیردهی
- نداشتن قاعدگی / آمنوره
- ناباروری اولیه زن یا شوهر
- ناباروری ثانویه زن یا شوهر
- تازه زایمان کرده
- وجود موارد منع مصرف مطلق و نسبی پس از بررسی مراقب سلامت- ماما یا پزشک
- حاملگی و یا شک به حاملگی
- نداشتن ارتباط جنسی منظم با همسر
- دوری از همسر/ فقدان رابطه جنسی
- مسایل مذهبی
- سایر موارد

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده شود.

در صورتی که فرد روش را به دلیل تمایل به فرزند آوری قطع کرده باشد، وی برای مراقبت پیش از بارداری ارجاع داده شود، سوال "ر" پرسیده نشود و موارد انجام شده در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ر- آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، برای کمک به وی به منظور استفاده از یک روش فاصله گذاری مناسب می بایست با توجه به فرم مشاوره باروری سالم، با وی مشاوره شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات فاصله گذاری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات باروری سالم صورت گیرد. همچنین اقدامات انجام شده برای وی در قسمت اقدامات، ثبت گردد.

در موارد * به دستورالعمل روش های فاصله گذاری در جمهوری اسلامی ایران مراجعه شود.

قرص های ترکیبی ال دی □ تری فازیک □ (مراقب سلامت)

در صورت وجود مراقب سلامت- ماما یا پزشک در هنگام ارایه اولین بسته قرص برای اولین بار، ویزیت ایشان همراه با ارایه خدمت ضروری است. در صورتی که فرد موارد کنتراندیکاسیون مطلق و نسبی را نداشته باشد، مراقب سلامت می تواند نسبت به ارایه خدمت قرص های ترکیبی اقدام نماید. معاینه پزشک حداکثر تا سه ماه پس از ارایه خدمت اول، ضروری است.

الف - بررسی موارد منع مصرف مطلق:

- سابقه سکته قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه
- خونریزی رحمی بدون علت مشخص
- سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر
- کارسینوم اندومتر
- شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن
- ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن
- سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی
- داشتن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه
- زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده
- بیماری فعال یا مزمن کبدی

توجه: بررسی کارسینوم اندومتر به شکل سوال درباره سرطان رحم انجام خواهد شد.

در بررسی سردرد مکرر کاهش میدان دید چشم، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان پرسیده شود. موارد منع مصرف مطلق، مواردی هستند که فرد به هیچ وجه نباید از روش قرص های ترکیبی استفاده نماید. در صورت تیک خوردن هر کدام از موارد منع مصرف مطلق، فرم ادامه نخواهد یافت. در این صورت می بایست با فرد در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر مشاوره شود.

ب- بررسی موارد منع مصرف نسبی:

- مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه
- فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه
- مصرف داروی صرع (جز والپروئیک اسید)، ریفامپین یا گریزوفولوین
- سیگاری زیر ۳۵ سال
- سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی

در صورت تیک خوردن هریک از خانه ها، مراجعه کننده بهتر است فرد از قرص های ترکیبی تا زمان رفع مشکل، استفاده نکند و با مشاوره، روش دیگری را انتخاب نماید. در صورتی که وی اصرار به استفاده از این روش داشته باشد، برای ارزیابی بیشتر می بایست به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود.

پ- معاینه های لازم و نتایج آنها:

- BMI
- فشارخون
- تاریخ:

توجه: در صورت وجود بیماری فشارخون کنترل نشده استفاده از قرص های ترکیبی منع مصرف مطلق دارد. در موارد BMI (نمایه توده بدنی) بیش از ۳۰ مراجعه کننده در مراجعه اول، ویزیت پزشک پیش از ارایه خدمت قرص های ترکیبی ضرورت داشته و تحویل قرص پس از آن انجام خواهد شد.

ارجاع برای انجام آزمایش های : بررسی مشکلات انعقادی و چربی های خون و اندازه گیری تری گلیسرید در ویزیت اول اجباری نیست. این آزمایش ها باید تا حداکثر سه ماه پس از اولین تزریق انجام شود. در صورتی که تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از قرص های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر باشد، به فاصله ۴-۲ هفته پس از آغاز مصرف قرص ها ترکیبی، آزمایش مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش تری گلیسرید در طی این مدت به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر، ادامه استفاده از قرص های ترکیبی به دلیل احتمال ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.

توجه شود که در صورت وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک همزمان با ارایه خدمت ضروری می باشد. در صورت عدم وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک باید حداکثر تا سه ماه پس از اولین مراجعه انجام شود.

بررسی زردی و معاینه پستان می بایست توسط مراقب سلامت- ماما انجام شود. بدیهی است در صورت تکمیل فرم غربالگری تشخیص زودرس سرطان پستان، نتیجه آن در این قسمت باید قابل مشاهده گردد و نیازی به ارجاع برای معاینه مجدد نمی باشد. ضمناً نتیجه بررسی پستان توسط مراقب سلامت- ماما با کلمات ((طبیعی)) و ((غیر طبیعی)) مشخص خواهد شد.

تاریخ دریافت اولین بسته قرص براساس روز/ ماه/ سال نوشته می شود.

مراجعه کننده از نظر موارد نوشته شده در قسمت "پ" در اولین نوبت تجویز قرص مورد ارزیابی قرار گرفته و نتیجه معاینه نوشته می شود.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "د" به بعد تکمیل گردد

ت- زمان شروع مصرف قرص (پس از بررسی شرایط بالا):

- پنج روز اول خونریزی قاعدگی و ترجیحاً "روز اول
- سه هفته پس از زایمان (در زن غیرشیرده)
- شش هفته پس از زایمان در زن شیرده
- پنج روز اول پس از سقط و ترجیحاً روز اول
- سایر زمان ها (ثبت مورد..)

توجه: باید تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری قرص ترکیبی، هفت روز از کاندوم استفاده شود. همچنین در صورت دادن یک بسته کاندوم به همراه EC، این عدد از تعداد کاندوم و EC انبار دارویی کم شود.

قسمت "ت" توسط مراقب سلامت در اولین نوبت دادن قرص تکمیل و یکی از موارد نوشته شده در جدول بالا انتخاب می شود. در صورت انتخاب گزینه "سایر" زمان ها" شرح لازم (از جمله دلیل ارایه خدمت در زمان هایی به جز موارد عنوان شده، در قسمت اقدام، نوشته شود) داده شود.

باید بخاطر داشت که استفاده از قرص ترکیبی در دوران شیردهی از موارد منع مصرف نسبی است و حتماً باید منافع آن در مقابل مضرات آن سنجیده شود.

توجه شود در صورت عدم ویزیت فرد در اولین نوبت مصرف قرص ترکیبی، در طی سه ماه تا نوبت بعدی، فرد می بایست ابتدا توسط مراقب سلامت- ماما و یا پزشک از نظر موارد منع مصرف نسبی و مطلق، بررسی گردد و در صورت لزوم اقدام لازم برای درخواست آزمایش ها صورت گیرد.

با توجه به جواب آزمایش ها و دریافت نظر مراقب سلامت- ماما و یا پزشک، مناسب بودن روش و تداوم استفاده از آن برای فرد مشخص خواهد شد. در صورتی که روش برای وی مناسب باشد، با توجه به زمان مصرف، نسبت به تداوم ارایه خدمت اقدام گردد. در صورتی که روش برای فرد مناسب نباشد، سوال "د" پرسیده شده و مراحل انتخاب روش مناسب دیگر انجام شود.

در هنگام ارایه قرص ترکیبی، آموزش های لازم در خصوص عوارض جانبی، علایم هشدار و زمان مراجعه بعدی به فرد داده شود.

- ت- آیا قرص ترکیبی داده شد؟
- خیر بلی
- ال دی:
-
- تری فازیک:
-

بدیهی است در صورت پاسخ "بلی" بر حسب نوع قرص ترکیبی (ال دی و یا تری فازیک) یک بلیستر از تعداد خرید این روش کم خواهد شد.

ج- در صورت پاسخ خیر، دلیل / دلایل ارایه نکردن روش :

- نبود قرص ترکیبی
- شک به حاملگی
- سایر موارد

در صورت تیک خوردن سایر موارد، مورد در قسمت اقدامات ثبت گردد.

چ- مراجعه های بعدی و بررسی های دوره ای:

- تاریخ
- فشار خون
- وزن
- تری گلیسرید
- قند
- چربی و لیپو پروتیین

وزن و فشار خون توسط مراقب سلامت در زمان های مقتضی (ماهانه) اندازه گیری و پاسخ عددی آنها نوشته شده و با مراجعه های بعدی و مراجعه اول مقایسه خواهد شد.

اولین بررسی دوره ای سه ماه بعد از تجویز اولین بسته قرص و بررسی های بعدی با فاصله شش ماهه تا دوسال انجام می شود. بررسی های پس از دو سال، در صورت عدم وجود مشکل با فاصله سالانه انجام خواهد شد.

بررسی تری گلیسرید توسط مراقب سلامت- ماما یا پزشک انجام خواهد شد. اگر تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از قرص های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب باشد، به فاصله ۲-۴ هفته پس از آغاز مصرف قرص ترکیبی، بررسی مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش میزان تری گلیسرید به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب در این فاصله زمانی، ادامه استفاده از این قرص ها به دلیل ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.

بررسی قند، لیپو پروتیین و چربی فقط برای خانم های ۳۵ ساله و بالاتر، یا سابقه فامیلی بیماری قلبی، یا سابقه فشار خون بالا، یا ابتلا به دیابت یا سابقه دیابت حاملگی و یا BMI بیشتر از ۳۰ در فاصله های زمانی یک ساله و توسط مراقب سلامت- ماما یا پزشک درخواست خواهد شد.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "ذ" به بعد تکمیل گردد

ح- بررسی رضایت گیرنده خدمت، عوارض احتمالی و هشدارها و در صورت لزوم ثبت اقدام / اقدامات انجام شده :

- تاریخ مراجعه....
- رضایت از روش بلی خیر
- درد شدید در قسمت بالای شکم
- درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه با خلط خونی
- تورم یا درد شدید یک پا
- مشکلات چشمی
- سردرد غیر معمول
- تهوع
- سردرد خفیف
- حساسیت پستان ها
- لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها
- افزایش وزن

توجه: با توجه به سیزده نوبت مراجعه برای قرص های فاصله گذاری در یکسال، سیزده نوبت است.

در ارتباط با مشکلات چشمی، از دست دادن یکطرفه قدرت بینایی یا کم شدن میدان دید بررسی می شود.

در سردردهای غیر معمول، سردرد شدید و ضربانی و یا سردرد در یکطرف سر و سردرد با علائم اولیه مانند تاری دید یا سفید شدن قسمتی از دید، دوره های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پارسستی، سختی در صحبت کردن و علائم یک طرفه مانند ضعف بررسی می شود.

موارد نوشته شده در قسمت "ح" تا ۱۲ ماه اول استفاده از قرص، هر ماهه توسط مراقب سلامت ارزیابی می شود.

در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها، موارد در ستون مربوطه علامت زده شود.

در صورت علامت خوردن موارد قرمز نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان و در صورت علامت خوردن مابقی موارد (در صورت لزوم) فرد برای بررسی به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود. نتیجه اقدام انجام شده (شامل: توصیه، درمان و ارجاع) در قسمت اقدامات نوشته شود.
 پس از ارجاع، پس خوراند ارجاع می بایست توسط مراقب سلامت از مراقب سلامت- ماما، پزشک و یا سطح بعدی دریافت گردد. همچنین در صورت تغییر روش، موارد "خ" تا "ذ" تکمیل گردد.
 آموزش درباره هشدارها و فراموشی ارائه شود.

خ- تاریخ و زمان قطع استفاده از روش:

تاریخ قطع استفاده از روش.....

مدت استفاده از روش (ماه).....

زمان قطع روش: هنگام قاعدگی به جز زمان قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش، تاریخ قطع و مدت استفاده به ماه نوشته و هنگام قطع (هنگام قاعدگی یا به جز زمان خونریزی قاعدگی) توسط مراقب سلامت مشخص شود.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک در سه ماهه اول استفاده از روش، مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "د" به بعد تکمیل گردد.

د- علل قطع استفاده از روش:

- خواستن فرزند
- دشواری استفاده صحیح از روش
- مخالفت اطرافیان با روش
- ابتلا به عوارض جانبی (نوع عرضه.....)
- نگرانی از سلامتی
- عدم دسترسی به علت نبود وسیله/ روش
- عدم دسترسی به علت بعد مسافت
- هزینه استفاده از روش
- مراجعه مکرر
- نارضایتی از ارائه دهنده خدمت
- آسان نبودن استفاده صحیح از روش
- مخالفت همسر
- شیردهی
- نداشتن قاعدگی/ آمنوره
- ناباروری اولیه زن یا شوهر
- ناباروری ثانویه زن یا شوهر
- تازه زایمان کرده
- وجود موارد منع مصرف مطلق و نسبی پس از بررسی مراقب سلامت- ماما یا پزشک
- حاملگی و یا شک به حاملگی
- نداشتن ارتباط جنسی منظم با همسر
- دوری از همسر/ فقدان رابطه جنسی
- مسایل مذهبی
- سایر موارد ...

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده شود.
 در صورتی که فرد روش را به دلیل تمایل به فرزندآوری قطع کرده باشد، وی برای مراقبت پیش از بارداری ارجاع داده شود، سوال "ذ" پرسیده نشود و موارد انجام شده در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ذ- آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟

بلی خیر

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، برای کمک به وی به منظور استفاده از یک روش فاصله گذاری مناسب می بایست با توجه به فرم مشاوره باروری سالم، با وی مشاوره شود.
 در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات فاصله گذاری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، ضمن بیان توضیحاتی در خصوص پرخطر بودن بارداری برای وی، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات باروری سالم صورت گیرد.
 شرح کارهای انجام شده در قسمت اقدامات نوشته شود.

در موارد * ، دستورالعمل روش های فاصله گذاری بار گذاری شود.

آمیول ترکیبی (مراقب سلامت)

در صورت وجود مراقب سلامت- ماما یا پزشک در هنگام اولین تزریق برای اولین بار، ویزیت ایشان همراه با ارایه خدمت ضروری است. در صورتی که فرد موارد کنتراندیکاسیون مطلق و نسبی را نداشته باشد، مراقب سلامت می تواند نسبت به ارایه خدمت آمیول ترکیبی اقدام نماید. معاینه پزشک حداکثر تا سه ماه پس از ارایه خدمت اول، ضروری است.

الف - بررسی موارد منع مصرف مطلق:

- سابقه سکت قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه
- خونریزی رحمی بدون علت مشخص
- سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر
- کارسینوم اندومتر
- شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن
- ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن
- سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی
- داشتن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه
- زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده
- بیماری فعال یا مزمن کبدی

توجه: بررسی کارسینوم اندومتر به شکل سوال درباره سرطان رحم انجام خواهد شد.

در بررسی سردرد مکرر کاهش میدان دید چشم، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان پرسیده شود. موارد منع مصرف مطلق، مواردی هستند که فرد به هیچ وجه نباید از روش آمیول ترکیبی استفاده نماید. در صورت تیک خوردن هر کدام از موارد منع مصرف مطلق، فرم ادامه نخواهد یافت. در این صورت می بایست با فرد در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر مشاوره شود.

ب- بررسی موارد منع مصرف نسبی:

- مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه
- فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه
- مصرف داروی صرع (جز والپروئیک اسید)، ریفامپین یا گریزوفولوین
- سیگاری زیر ۳۵ سال
- سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی

در صورت تیک خوردن هریک از خانه ها، مراجعه کننده بهتر است فرد از آمیول ترکیبی تا زمان رفع مشکل، استفاده نکند و با مشاوره، روش دیگری را انتخاب نماید. در صورتی که وی اصرار به استفاده از این روش داشته باشد، برای ارزیابی بیشتر می بایست به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود.

اگر فرد هیچکدام از موارد فوق را نداشته باشد، می تواند حداکثر تا مدت سه ماه از آمیول ترکیبی استفاده کند. بدیهی است این فرد باید در اولین فرصت و تا حداکثر سه ماه توسط پزشک تحت بررسی های تکمیلی قرار گیرد.

پ- معاینه های لازم و نتایج آنها:

- BMI
 - فشارخون
- تاریخ:

توجه: در صورت وجود بیماری فشار خون کنترل نشده استفاده از قرص های ترکیبی منع مصرف مطلق دارد.

در موارد BMI (نمایه توده بدنی) بیش از ۳۰ مراجعه کننده در مراجعه اول، ویزیت پزشک پیش از ارایه خدمت قرص های ترکیبی ضرورت داشته و تحویل قرص پس از آن انجام خواهد شد.

انجام آزمایش های : بررسی مشکلات انعقادی و چربی های خون و اندازه گیری تری گلیسرید در ویزیت اول اجباری نیست. این آزمایش ها باید تا حداکثر سه ماه پس از اولین تزریق انجام شود. در صورتی که تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از آمپول ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر باشد، به فاصله ۲-۴ هفته پس از آغاز مصرف آمپول ترکیبی، آزمایش مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش تری گلیسرید در طی این مدت به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر، ادامه استفاده از قرص های ترکیبی به دلیل احتمال ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.

در صورت وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک همزمان با ارایه خدمت ضروری می باشد. در صورت عدم وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک باید حداکثر تا سه ماه پس از اولین مراجعه انجام شود.

بررسی زردی و معاینه پستان می بایست توسط مراقب سلامت- ماما انجام شود. بدیهی است در صورت تکمیل فرم غربالگری تشخیص زودرس سرطان پستان، نتیجه آن در این قسمت باید قابل مشاهده گردد و نیازی به ارجاع برای معاینه مجدد نمی باشد. ضمناً نتیجه بررسی پستان توسط مراقب سلامت- ماما با کلمات ((طبیعی)) و ((غیر طبیعی)) مشخص خواهد شد.

تاریخ دریافت اولین بسته قرص براساس روز/ ماه/ سال نوشته می شود.

مراجعه کننده از نظر موارد نوشته شده در قسمت "پ" در اولین نوبت تجویز قرص مورد ارزیابی قرار گرفته و نتیجه معاینه نوشته می شود.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "د" به بعد تکمیل گردد

ت- زمان شروع تزریق آمپول ترکیبی (پس از بررسی شرایط بالا):

تاریخ تزریق

- پنج روز اول خونریزی قاعدگی و ترجیحاً " روز اول
- سه هفته پس از زایمان (در زن غیرشیرده)
- شش هفته پس از زایمان در زن شیرده
- پنج روز اول پس از سقط و ترجیحاً روز اول
- سایر زمان ها (ثبت مورد..)

توجه: تزریق آمپول ترکیبی باید هر ۳۰ روز یکبار انجام شود. اگر متقاضی در فاصله زمانی تا ۳ روز زودتر و یا ۳ روز دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می تان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، آمپول را تزریق کرد. توجه شود که فاصله بین تزریق ها نباید بیش تر از ۳۳ روز باشد. همچنین باید تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری آمپول ترکیبی، هفت روز از کاندوم استفاده شود. همچنین در صورت دادن یک بسته کاندوم به همراه EC، این عدد از تعداد کاندوم و EC انبار دارویی کم شود.

قسمت "ت" توسط مراقب سلامت در اولین نوبت تزریق آمپول تکمیل و یکی از موارد نوشته شده در بالا انتخاب می شود. در صورت انتخاب گزینه "سایر زمان ها" شرح لازم (از جمله دلیل ارایه خدمت در زمان هایی به جز موارد عنوان شده، در قسمت اقدام، نوشته شود) داده شود.

باید بخاطر داشت که استفاده از آمپول ترکیبی در دوران شیردهی از موارد منع مصرف نسبی است و حتماً باید منافع آن در مقابل مضرات آن سنجیده شود.

توجه شود در صورت عدم ویزیت فرد در اولین نوبت تزریق آمپول ترکیبی، در طی سه ماه تا نوبت بعدی، فرد می بایست ابتدا توسط مراقب سلامت- ماما و یا پزشک از نظر موارد منع مصرف مطلق و نسبی، بررسی گردد و در صورت لزوم اقدام لازم برای درخواست آزمایش ها صورت گیرد.

با توجه به جواب آزمایش ها و دریافت نظر مراقب سلامت- ماما و یا پزشک، مناسب بودن روش و تداوم استفاده از آن برای فرد مشخص خواهد شد. در صورتی که روش برای وی مناسب باشد، با توجه به زمان مصرف، نسبت به تداوم ارایه خدمت اقدام گردد. در صورتی که روش برای فرد مناسب نباشد، به فرم مشاوره برگشته و مراحل انتخاب روش مناسب دیگر انجام شود.

در هنگام ارایه خدمت آمپول ترکیبی، آموزش های لازم در خصوص عوارض جانبی، علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی به فرد داده شود.

ث- آیا تزریق آمپول ترکیبی انجام شد؟ خیر بلی

بدیهی است در صورت پاسخ "بلی" یک آمپول ترکیبی از تعداد خرید این روش کم خواهد شد.

ج- در صورت پاسخ خیر، دلیل / دلایل ارایه نکردن روش :

- نبود آمپول ترکیبی
- شک به حاملگی

سایر موارد

در صورت تیک خوردن سایر موارد، مورد در قسمت اقدامات ثبت گردد.**چ- مراجعه های بعدی و بررسی های دوره ای:**

تاریخ



فشار خون



وزن



تری گلیسرید



قند



چربی و لیپو پروتئین

وزن و فشار خون توسط مراقب سلامت در زمان های مقتضی (ماهانه) اندازه گیری و پاسخ عددی آنها نوشته شده و با مراجعه های بعدی و مراجعه اول مقایسه خواهد شد.

توجه شود که بررسی سالانه قند، چربی و لیپو پروتئین برای خانم های با شرایط : ۳۵ ساله و بالاتر، سابقه بیماری قلبی یا فشارخون بالا، دیابتی ها، خانم ها با سابقه دیابت حاملگی، خانم های با نمایه توده بدنی (BMI) بیشتر از ۳۰ سال، در مراجعه های پیگیری بطور روتین ضروری است. لازم به ذکر است که در صورت وجود مشکل در بررسی های یاد شده و خارج شدن بیماری از کنترل، فرد می بایست به سطح بالاتر ارجاع داده شود.

اولین بررسی دوره ای سه ماه بعد از تزریق اولین آمپول و بررسی های بعدی با فاصله شش ماهه تا دوسال انجام می شود. بررسی های پس از دو سال، در صورت عدم وجود مشکل با فاصله سالانه انجام خواهد شد.

بررسی تری گلیسرید توسط مراقب سلامت- ماما یا پزشک انجام خواهد شد. اگر تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از قرص های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب باشد، به فاصله ۲-۴ هفته پس از آغاز مصرف قرص ترکیبی، بررسی مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش میزان تری گلیسرید به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب در این فاصله زمانی، ادامه استفاده از این قرص ها به دلیل ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.

بررسی قند، لیپو پروتئین و چربی فقط برای خانم های ۳۵ ساله و بالاتر، یا سابقه فامیلی بیماری قلبی، یا سابقه فشار خون بالا، یا ابتلا به دیابت یا سابقه دیابت حاملگی و یا BMI بیشتر از ۳۰ در فاصله های زمانی یک ساله و توسط مراقب سلامت- ماما یا پزشک درخواست خواهد شد.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "ذ" به بعد تکمیل گردد

ح- بررسی رضایت گیرنده خدمت، عوارض احتمالی و هشدارها و در صورت لزوم ثبت اقدام / اقدامات انجام شده :

تاریخ مراجعه....



خیر



بلی

رضایت از روش



درد شدید در قسمت بالای شکم



درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه با خلط خونی



تورم یا درد شدید یک پا



مشکلات چشمی



سردرد غیر معمول



تهوع



سردرد خفیف



حساسیت پستان ها



لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها



افزایش وزن



توجه: برای تزریق آمپول، مراجعه می بایست بصورت ماهانه صورت گیرد.

در ارتباط با مشکلات چشمی، از دست دادن یکطرفه قدرت بینایی یا کم شدن میدان دید بررسی می شود.

در سردردهای غیر معمول، سردرد شدید و ضربانی و یا سردرد در یکطرف سر و سردرد با علایم اولیه مانند تاری دید یا سفید شدن قسمتی از دید، دوره های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پارستزی، سختی در صحبت کردن و علایم یک طرفه مانند ضعف بررسی می شود.

موارد نوشته شده در قسمت "ح" تا "۱۲" ماه اول استفاده از قرص، هر ماهه توسط مراقب سلامت ارزیابی می شود.
 در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها، موارد در ستون مربوطه علامت زده شود.
 در صورت علامت خوردن موارد قرمز نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان و در صورت علامت خوردن مابقی موارد (در صورت لزوم) فرد برای بررسی به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود. نتیجه اقدام انجام شده (شامل: توصیه، درمان و ارجاع) در قسمت اقدامات نوشته شود.
 توجه شود که پس از ارجاع، پس خوراند ارجاع می بایست توسط مراقب سلامت از مراقب سلامت- ماما، پزشک و یا سطح بعدی دریافت گردد. همچنین در صورت تغییر روش، موارد "خ" تا "د" تکمیل گردد.
 آموزش درباره هشدارها و فراموشی ارایه شود.

خ- تاریخ و زمان قطع استفاده از روش:

تاریخ قطع استفاده از روش.....

مدت استفاده از روش (ماه).....

زمان قطع روش: هنگام قاعدگی به جز زمان قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش، تاریخ قطع و مدت استفاده به ماه نوشته و هنگام قطع (هنگام قاعدگی یا به جز زمان خونریزی قاعدگی) توسط مراقب سلامت مشخص شود.

در صورتی که پس از بررسی مراقب سلامت- ماما و یا پزشک در سه ماهه اول استفاده از روش، مشخص گردید که استفاده از این روش برای فرد، منع مصرف دارد، می بایست استفاده از روش قطع گردد و از سوالات "د" به بعد تکمیل گردد.

د- علل قطع استفاده از روش:

- خواستن فرزند
- دشواری استفاده صحیح از روش
- مخالفت اطرافیان با روش
- ابتلا به عوارض جانبی (نوع عارضه.....)
- نگرانی از سلامتی
- عدم دسترسی به علت نبود وسیله/ روش
- عدم دسترسی به علت بعد مسافت
- هزینه استفاده از روش
- مراجعه مکرر
- نارضایتی از ارایه دهنده خدمت
- آسان نبودن استفاده صحیح از روش
- مخالفت همسر
- شیردهی
- نداشتن قاعدگی/ آمنوره
- ناباروری اولیه زن یا شوهر
- ناباروری ثانویه زن یا شوهر
- تازه زایمان کرده
- وجود موارد منع مصرف مطلق و نسبی پس از بررسی مراقب سلامت- ماما یا پزشک
- حاملگی و یا شک به حاملگی
- نداشتن ارتباط جنسی منظم با همسر
- دوری از همسر/ فقدان رابطه جنسی
- مسایل مذهبی
- سایر موارد ...

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده شود.
 در صورتی که فرد روش را به دلیل تمایل به فرزند آوری قطع کرده باشد، وی برای مراقبت پیش از بارداری ارجاع داده شود، سوال "د" پرسیده نشود و موارد انجام شده در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ذ- آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟

بلی خیر

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، برای کمک به وی به منظور استفاده از یک روش فاصله گذاری مناسب می بایست با توجه به فرم مشاوره باروری سالم، با وی مشاوره شود.
 در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات فاصله گذاری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، ضمن بیان توضیحاتی در خصوص پر خطر بودن بارداری برای وی، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات باروری سالم صورت گیرد.
 شرح کارهای انجام شده در قسمت اقدامات نوشته شود.

در موارد *، دستورالعمل روش های فاصله گذاری بار گذاری شود.

کاندوم

(مراقب سلامت)

الف - بررسی موارد منع مصرف مطلق:

حساسیت فرد به کاندوم

حساسیت همسر فرد به کاندوم

توجه: در صورتی می توان سابقه حساسیت عنوان شود که حداقل یکی از زوجین پیش از این از کاندوم استفاده کرده باشند.

قسمت "الف" توسط مراقب سلامت تکمیل می شود. موارد منع مصرف مطلق، مواردی هستند که فرد به هیچ وجه نباید از روش کاندوم استفاده نماید. در صورت تیک خوردن هر کدام از موارد منع مصرف مطلق، فرم ادامه نخواهد یافت. در این صورت می بایست با فرد در خصوص استفاده از یک روش مناسب دیگر مشاوره شود.

ب- آیا ضمن آموزش روش اورژانس فاصله گذاری به مراجعه کننده یا همسر او، قرص مربوطه به او داده شد؟

بلی خیر

نوع قرص:

لوونورجسترل ال دی تری فازیک

قسمت "ب" توسط مراقب سلامت تکمیل می شود. در صورتی که پاسخ "خیر" باشد و آموزش روش اورژانس فاصله گذاری ارائه نشده یا قرص های لازم در اختیار مراجعه کننده قرار داده نشده است، علت امر در قسمت اقدامات نوشته شود.

پ- تاریخ شروع استفاده از کاندوم:

تاریخ.....

تاریخ دریافت بسته کاندوم براساس روز/ ماه/ سال نوشته می شود.

بلی خیر

ت- آیا کاندوم به فرد داده شد؟

بدیهی است در صورت پاسخ "بلی" یک بسته ۱۲ عددی کاندوم از تعداد خرید این روش کم خواهد شد.

ث- در صورت پاسخ خیر، دلیل / دلایل ارائه نکردن روش :

نبود کاندوم

شک به حاملگی

سایر موارد

در صورت تیک خوردن سایر موارد، مورد در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ج- بررسی مراجعه های بعدی و رضایت گیرنده خدمت کاندوم و در صورت لزوم ثبت اقدام/ اقدامات انجام شده :

		تاریخ مراجعه....
<input type="checkbox"/>	بلی	رضایت از روش
<input type="checkbox"/>	بلی	آگاهی فرد از EC و کاندوم
<input type="checkbox"/>	بلی	داشتن بسته قبلی قرص EC
<input type="checkbox"/>	بلی	حساسیت به روش
<input type="checkbox"/>	بلی	تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	خیر	

توجه: برای دریافت بسته کاندوم، مراجعه می بایست بصورت ماهانه صورت گیرد. روشن است که گیرنده خدمت می تواند در هر زمانی که به کاندوم بیشتری نیاز داشته باشد برای دریافت کاندوم مراجعه کند.

موارد نوشته شده در قسمت "ج" تا ۱۲ ماه استفاده از کاندوم، هر ماهه توسط مراقب سلامت ارزیابی می شود. در صورت پاسخ خیر برای هر کدام از موارد فوق، اقدام انجام شده در قسمت اقدامات ثبت می شود.

چ- تاریخ و زمان قطع استفاده از روش:

	تاریخ قطع استفاده از روش.....
	مدت استفاده از روش (ماه).....
<input type="checkbox"/>	زمان قطع روش: هنگام قاعدگی
<input type="checkbox"/>	به جز زمان قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش، تاریخ قطع و مدت استفاده به ماه نوشته و هنگام قطع (هنگام قاعدگی یا به جز زمان خونریزی قاعدگی) توسط مراقب سلامت مشخص شود.

ح- علل قطع استفاده از روش:

- خواستن فرزند
- دشواری استفاده صحیح از روش
- مخالفت اطرافیان با روش
- ابتلا به عوارض جانبی (نوع عرضه.....)
- نگرانی از سلامتی
- عدم دسترسی به علت نبود وسیله/ روش
- عدم دسترسی به علت بعد مسافت
- هزینه استفاده از روش
- مراجعه مکرر
- نارضایتی از رایحه دهنده خدمت
- آسان نبودن استفاده صحیح از روش
- مخالفت همسر
- شیردهی
- نداشتن قاعدگی/ آمنوره
- ناباروری اولیه زن یا شوهر
- ناباروری ثانویه زن یا شوهر
- تازه زایمان کرده
- ممنوع بودن استفاده از روش پیشگیری مورد نظر فرد
- حاملگی و یا شک به حاملگی
- نداشتن ارتباط جنسی منظم با همسر

- دوری از همسر/ فقدان رابطه جنسی
 - مسایل مذهبی
 - سایر موارد ...
-
-
-

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده شود.

در صورتی که فرد روش را به دلیل تمایل به فرزند آوری قطع کرده باشد، وی برای مراقبت پیش از بارداری ارجاع داده شود، سوال "خ" پرسیده نشود و موارد انجام شده در قسمت اقدامات ثبت گردد

خ- آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ **بلی** **خیر**

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، برای کمک به وی به منظور استفاده از یک روش فاصله گذاری مناسب می بایست با توجه به فرم مشاوره باروری سالم، با وی مشاوره شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات فاصله گذاری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، ضمن بیان توضیحاتی در خصوص پر خطر بودن بارداری برای وی، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات باروری سالم صورت گیرد.
شرح کارهای انجام شده در قسمت اقدامات نوشته شود.

در موارد * ، دستورالعمل روش های فاصله گذاری بار گذاری شود.

روش پیشگیری اورژانس از بارداری (مراقب سلامت)

الف - بررسی موارد منع مصرف:

قرص لوونورجسترل

- پورفیری حاد فعال
- بیماری فعال و شدید کبد در حال حاضر
- بارداری (به دلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین)
- خونریزیهای غیر طبیعی و تشخیص داده نشده دستگاه تناسلی

قرص های ترکیبی

- بارداری (به دلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین)
- موارد منع مصرف استروژون، میگرن کلاسیک، ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)

توجه: تقریباً همه افراد می توانند از این روش استفاده کنند. موارد منع مصرف استفاده از این روش برای انواع قرص های در دسترس در بالا نوشته شده است.

ب- آیا ضمن آموزش روش اورژانس فاصله گذاری به مراجعه کننده یا همسر او، قرص مربوطه داده شد؟ خیر بلی

نوع قرص: لوونورجسترل ال دی تری فازیک

تاریخ: ...

توجه: دقت در این نکته بسیار مهم است که روش پیشگیری اورژانس از بارداری، نباید مورد استفاده دایم قرار گیرد و لازم است کاربرد آن در صورت وجود تماس جنسی محافظت نشده، به موارد خاص گفته شده در بالا محدود گردد.

قسمت "ب" توسط مراقب سلامت تکمیل می شود. در صورتی که پاسخ "خیر" باشد و آموزش روش اورژانس فاصله گذاری ارائه نشده یا قرص های لازم در اختیار مراجعه کننده قرار داده نشده است، علت امر در قسمت اقدامات نوشته شود. تاریخ دریافت روش پیشگیری اورژانس از بارداری، براساس روز/ماه/سال نوشته می شود.

پ- زمان استفاده از روش:

- استفاده نکردن از کنتراسپتیوها
- تجاوز
- یکی از شرایط نشان دهنده استفاده نادرست یا شکست کنتراسپتیو همراه با داشتن تماس جنسی

توجه: منظور از وجود شرایط نشان دهنده استفاده نادرست یا شکست کنتراسپتیو همراه با داشتن تماس جنسی، مواردی مانند: پارگی کاندوم، خارج شدن کاندوم، فراموشی خوردن قرص ترکیبی برای سه نوبت پیاپی، فراموشی خوردن قرص شیردهی به مدت بیش از سه ساعت، تاخیر بیش از دو هفته در تزریق آمپول DMPA، تاخیر بیش از سه روز در تزریق آمپول های ترکیبی، استفاده نادرست از روش طبیعی، خروج IUD در زمانی بجز دوران قاعدگی، استفاده از روش طبیعی یا منقطع با شک به تماس جنسی که می تواند منجر به بارداری گردد.

در مورد تجاوز جنسی، خدمت EC به فرد ارائه شده و سپس ارجاع به مراکز تخصصی برای بررسی STIs و مسایل دیگر توصیه و در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ت- آیا روش اورژانس پیشگیری از بارداری ارائه شد؟ خیر بلی

بدیهی است در صورت پاسخ "بلی" یک بلیستر از قرص لوونورجسترل از تعداد خرید این روش کم خواهد شد.

ث- در صورت پاسخ خیر، دلیل / دلایل ارایه نکردن روش :

- نبود قرص لونورجسترل
- شک به حاملگی
- سایر موارد

در صورت تیک خوردن سایر موارد، مورد در قسمت اقدامات ثبت گردد.

ج- بررسی مراجعه های بعدی و در صورت لزوم ثبت اقدام / اقدامات انجام شده :

- تاریخ مراجعه....
- تغییر در قاعدگی
- بارداری

استفاده از این روش می تواند باعث تغییر در زمان قاعدگی گردد. اگر فرد با تاخیر قاعدگی بیش از ۷ روز مراجعه نماید، می بایست برای بررسی از نظر احتمال بارداری به مراقب سلامت- ماما ارجاع داده شود.

با توجه تراژون نبود این روش برای جنین، در صورت وقوع حاملگی، نیازی به ختم آن نخواهد بود.

خدمات جراحی (مراقب سلامت)

الف - سوال در مورد موارد اندیکاسیون انجام خدمات جراحی:

- ابتلا فعلی یا قبلی به سرطان (همه قسمتهای بدن)
- بیماریهای داخلی و جراحی که در لیست فوق نیستند با نظر ۲ متخصص
- هر نوع بیماری حاد قلبی کلاس های ۳ و ۴ مانند میوکاردیت و پریکاردیت
- افراد آلوده یا مبتلا به ایدز
- بیماران نارسایی دریچه ای قلب، کلاس ۳ و ۴ و غیر قابل برگشت به ۲
- سابقه ترومبوآمبولی
- سابقه بیماری کاردیو میوپاتی دیلاته در بارداری قبلی
- بیماریهای روانی با نظر دو روانپزشک
- سندرم مارفان در صورتیکه قطر آئورت صعودی بیش از ۵ سانتیمتر باشد
- بیماری آیزن منگر
- هیپاتیت اتوایمونیون غیر قابل کنترل
- بیماریهای مزمن ریوی
- واسکولیت ها زمانی که ارگانهای ماژور درگیر باشند.
- بیماریهای مزمن کلیوی، نارسایی کلیه، سندروم نفروتیک، پیوند کلیه
- بیمارانی که برای بار سوم C/s میشوند (بشرطی که دو فرزند زنده داشته باشند)
- بیماری مزمن خونی
- پلاسنتا پرویاتوتال
- فشار خون مزمن
- بیماریهای نورولوژیک مزمن (MS- صرع، میاستنی گراو، ALS و
- بیماریهای اتوایمون
- سیروز یا هر سندرم بودکیاری که واریس مری دهد
- تعداد فرزند ۵ و بیشتر
- هر ضایعه مغزی
- افراد ۴۰ سال به بالا
- بیماری های اتوایمون پوست (پمفیگوس، پسوریازیس)

بررسی موارد اندیکاسیون جراحی بستن لوله های رحمی مطابق بر اساس دستورالعمل شماره ۵۳۹۹/۴/۱۸ مورخ ۱۳۹۳/۴/۱۸ . به منظور انجام بهینه خدمات بارثری سالم و ارتقای سلامت خانواده ها، انجام خدمات جراحی بر اساس دستورالعمل فوق و صرفا پس از تایید در کمیته نظارت بر این اعمال امکانپذیر خواهد بود.

ب- آیا فرد واجد شرایط استفاده از روش جراحی می باشد؟ بلی خیر

در صورت وجود هر کدام از موارد بالا، فرد به همراه مستندات مربوطه، می بایست به کمیته خدمات جراحی ارجاع داده شود. در صورت عدم موارد فوق و اصرار فرد به دریافت خدمات جراحی، وی می بایست به مراقب سلامت- ماما و یا پزشک ارجاع داده شود.

پ- آیا عمل بستن لوله های رحمی برای متقاضی خدمت انجام شده است؟ بلی خیر

اگر پاسخ "بلی" باشد، سوال "ث" پرسیده شود. همچنین در صورت انجام عمل بستن لوله های رحمی برای متقاضی خدمت می بایست آموزش ها و مطالب لازم درباره علایم هشدار، پس از انجام عمل بستن لوله های رحمی و در محل ارائه خدمت برای او انجام شود.

ت- در صورت پاسخ "بلی"، این خدمت در چه زمانی ارائه شده است؟

تاریخ عمل.....:

زمان ارائه روش: پس از زایمان هنگام سزارین سایر زمان ها

اگر عمل بستن لوله های رحمی برای متقاضی خدمت انجام شود، باید آموزش ها و مطالب لازم درباره علایم هشدار، پس از انجام عمل بستن لوله های رحمی و در محل ارائه خدمت برای او انجام شود.

ث- در صورت پاسخ "خیر" دلیل انجام نشدن عمل، در قسمت اقدامات نوشته شود.

اگر عمل بستن لوله های رحمی برای داوطلب انجام نشود، دلیل انجام نشدن عمل، اعم از نامطلوب بودن پاسخ آزمایش یا سایر مشکلات در بخش اقدامات ثبت گردد. همچنین نیازی به پرسش سوال های "ث" تا " " نیست.

ج- بررسی شکایت های تا چهار هفته اول (به ویژه هفته اول) بعد از عمل:

- از حال رفتن
- درد یا حساسیت شکم
- قرمزی محل عمل که بدتر شود یا از بین نرود.
- درد و تورم محل عمل
- گیجی شدید در ۴ هفته و بویژه هفته اول
- تب بیشتر از ۳۸ درجه
- خروج چرک و خون از محل عمل تا یک هفته
- درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود

در صورت وجود تب بیش از ۳۸ درجه، درد و تورم محل عمل و خروج چرک و خون از آن تا یک هفته و درد شکمی و قرمزی محل عملی که بدتر شود یا از بین نرود، گیجی شدید در ۴ هفته و بویژه هفته اول، ارجاع به بیمارستان انجام خواهد شد.

چ- اقدام انجام شده در صورت وجود هر کدام از موارد یادشده:

- ارجاع تاریخ ارجاع
- کارهای دیگر (در قسمت اقدامات توضیح دهید)
- کارهای انجام شده در سطوح بالاتر (در صورت ارجاع و انجام):

اگر پاسخ هر کدام از موارد "ث" بلی باشد، باید اقدام مربوطه به صورت: ارجاع و یا سایر اقدامات در ستون مربوطه علامت زده شود و در قسمت اقدامات نیز توضیحات لازم، نوشته شود. همچنین پسخوراند سطوح بالاتر نیز م بایست در قسمت اقدامات نوشته شود.

ح- آیا پیگیری های بعد از عمل انجام شده است؟ بلی خیر

توجه: مراجعه بعد از عمل به فاصله هفت روز پس از عمل و برای کشیدن بخیه ها و معاینه محل عمل به مراقب سلامت-ماما یا پزشک مرکز خواهد بود. در صورت پاسخ بلی، در ستون مربوطه تیک زده شود. در صورت پاسخ خیر، فرد برای دریافت پیگیری های بعد از عمل به مراقب سلامت-ماما و یا پزشک ارجاع داده شود. همچنین اقدامات انجام شده در قسمت مربوطه، ثبت گردد.

خ- بررسی مراجعه های بعدی و در صورت لزوم ثبت اقدام / اقدامات انجام شده :

تاریخ مراجعه....

در صورت هرگونه مراجعه پی گیری، بررسی رضایت از عمل، هشدارها، راهنمایی و مشاوره (در صورت وجود مشکل خاص) سوال و در قسمت اقدامات ثبت گردد.