

دستور العمل و ضوابط

رسیدگی به اسناد

پرتو پزشکی

مقدمه:

خدمات پرتو پزشکی: منظور خدماتی هستند که در آنها از انرژی پرتوی جهت تشخیص و یا درمان بیماریها استفاده می گردد و با توجه به سرفصلهای مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران شامل خدمات رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (Intervention) می باشد.

خدمات پر هزینه پرتو پزشکی: مهمترین خدمات پرهزینه پرتوپزشکی شامل خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای (به جز اسکن و جذب ید تیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (intervention) می باشند.

موسسات پرتو پزشکی: به محلی اطلاق می شود که برای انجام خدمات پرتوپزشکی به طور مستقل ایجاد گردد و چنانچه در یکی از مراکز درمانی و بهداشتی مستقر گردد بخش پرتوپزشکی نامیده می شود. پس از عقد قرارداد با مؤسسه پرتوپزشکی، لازم است «ضوابط لازم الاجرا توسط موسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد» به همراه یک نسخه از قرارداد همکاری در اختیار مؤسسه قرار داده شود .

ضوابط لازم الاجرا توسط مؤسسات پرتو پزشکی طرف قرارداد

۱. کلیه دستورالعمل ها، تعرفه ها و بخشنامه های مرتبط با امور پرتو پزشکی که از سوی سازمان های بیمه گر به مؤسسات ابلاغ گردیده لازم الاجرا می باشد.

۲. تاریخ اعتبار کلیه دفترچه ها کنترل گردد به عبارت دیگر در هنگام پذیرش نسخه و ارائه خدمت پرتو پزشکی، نسخه باید دارای اعتبار باشد.

۳. در هنگام ارائه خدمت، مشخصات فردی مندرج در دفترچه و عکس الصاقی با مراجعه کننده تطبیق داده شود.

۴. نسخ دارای تاریخ، امضاء، مهر نظام پزشکی همراه با متن بدون خدشه و با یک دست خط قابل پذیرش بوده و در صورت وجود هرگونه خدشه در تاریخ یا متن نسخه، مورد صحیح باید در پشت یا روی نسخه به وسیله پزشک معالج ذکر و مهر و امضاء گردد.

توضیح : موارد ذیل خدشه محسوب می شوند:

خط خوردگی، کاربنی، لاک گیری، دوخط بودن متن نسخه، پانچ شدگی (در صورتیکه تاریخ، مشخصات بیمه شده و مندرجات نسخه مخدوش گردد)

تبصره ۱: دو خط یا دورنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه بلامانع می باشد.

تبصره ۲: در صورت ایجاد خدشه در قیمت گذاری علاوه بر تصحیح قیمت در روی نسخه، مورد صحیح باید در پشت نسخه به وسیله مسئول فنی ذکر و مهر و امضاء گردد.

۵. نام، نام خانوادگی، شماره نظام پزشکی و در صورت لزوم تخصص پزشک معالج می بایست بطور کامل در روی نسخه مشخص باشد.

۶. در صورتیکه در حین جدا کردن نسخه از دفترچه، مشخصات مربوطه پاره گردد، می بایست قسمت مربوطه چسبانیده و در پشت نسخه توسط مسئول فنی توضیح داده شده و مهر و امضاء گردد.

۷. نسخ بدون تاریخ قابل پذیرش نمی باشد.

۸. هرگونه دستکاری نسخه توسط مؤسسه پرتوپزشکی (در صورت احراز) جزء تعدیلات محسوب شده

و موضوع از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری است.

۹. نسخ پرتوپزشکی تجویز شده از زمان تجویز تا آخر ماه بعد قابل پذیرش توسط مؤسسه می باشد.

۱۰. نسخ مربوط به قبل از تاریخ عقد قرارداد، زمان تعلیق، سایر سازمانها، مؤسسات دیگر، ماههای گذشته

(به استثنای موارد مشمول بند ۹) و آینده، کپی نسخ، برگ مخصوص بیمار و یا پزشک جزء تعدیلات

محسوب خواهد شد.

تبصره ۱: در صورتیکه نسخه مربوط به دیگر سازمانهای بیمه گر باشد، ضمن کسر از صورت حساب، در

صورت امکان به موسسه عودت شود.

تبصره ۲: در صورتیکه نسخ مربوط به (ممه‌ور به مهر) دیگر مؤسسات پرتوپزشکی باشد علاوه بر

غیر قابل پرداخت بودن نسخ، موضوع در صورت تکرار از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می

باشد. (در صورت درج دستی عنوان دیگر مؤسسات پرتوپزشکی در نسخ، پذیرش و پرداخت بلامانع می

باشد)

۱۰. نسخ مؤسسات پرتوپزشکی فقط در صورت تجویز و ارجاع از سوی دیگر پزشکان (غیر از مسئول

فنی مؤسسه) قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۱. نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتوپزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان مامایی قابل

پذیرش و پرداخت نمی باشد.

۱۲. در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی انترنها با مهر انترن به

همراه مهر مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز قابل

پذیرش و پرداخت می باشد. (تا پیاده سازی طرح مکانیزه ورود نام و مشخصات انترن)

۱۳. در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی رزیدنتها با مهر

رزیدنت به همراه مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان متخصص و

بدون مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۴. ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخ خدمات پرتوپزشکی توسط پزشک معالج از تاریخ ۹۵/۱/۱ الزامی می باشد و از آن تاریخ به بعد پذیرش اینگونه نسخ بدون درج تشخیص مشمول تعديلات خواهد شد

۱۵. نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه پرتوپزشکی (آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای (به جز اسکن و جذب ید تیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (intervention)) قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.

۱۶. تبصره: در موارد اورژانس و تروما نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۷. نسخ خدمات پرتوپزشکی در صورتیکه جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد (به استثنای موارد ابلاغی) در صورت پذیرش اینگونه نسخ و احراز موضوع، نسخ مذکور مشمول تعديلات خواهد شد.

توضیح: آزمون های غربالگری عبارت از معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیک مشخصی است که به صورت گروهی و برای اشخاص به ظاهر سالم بکار می روند و اصولاً پایه ای برای درمان نیستند. برای مثال آزمون های پاراکلینیکی قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون های غربالگری محسوب می شوند.

۱۸. ثبت بهای نسخ و یا خدمات انجام شده توسط موسسه پرتوپزشکی می بایست در حضور بیمار برای هر یک از خدمات انجام شده به تفکیک (براساس تعرفه بخش دولتی) صورت گرفته و جمع کل، سهم بیمه شده (فرانشیز) و سهم سازمان در نسخه مشخص گردد. همچنین نسخه پذیرش شده بلافاصله مهور به مهر موسسه گردد (یا بر روی نسخه پرینت نام و مشخصات مرکز درج گردد).

تبصره: مؤسسات خصوصى مى بایست علاوه بر این نسبت به درج مبلغ کل دریافتی (فرانشیز + مابه التفاوت تعرفه بخش خصوصى و دولتی) در برگ سوم (مخصوص بیمار) همراه با مهر مؤسسه اقدام نمایند. (در صورت ارائه قبض توسط مؤسسه، درج مبلغ کل دریافتی الزامی نمی باشد)

۱۹. مسئول فنى و پرسنل صاحب صلاحیت مؤسسه موظفند طبق نسخه و براساس دستور پزشک

معالج، خدمات پرتوپزشكى را برای بیماران انجام دهند.

تبصره ۱: مسئول فنى و پرسنل مؤسسه حق دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج را ندارند.

تبصره ۲: عدم تطابق خدمات پرتوپزشكى با تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار (مثلاً تجویز MRI زانوى چپ در موارد آسیب دیدگی مینیسک زانوى راست)، مغایرت سن یا جنس بیمار با خدمت پرتوپزشكى (مثلاً تجویز رادیوگرافی آدنوئید برای بزرگسالان و یا سونوگرافی پروستات برای خانمها) و دیگر موارد مبهم باید توسط مسئول فنى بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ ، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد مؤسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت و موضوع به اطلاع اداره نظارت و ارزشیابی رسانده خواهد شد.

تبصره ۳: درخصوص خدمات پرهزینه پرتوپزشكى مواردی همچون عدم ارتباط خدمات پرتوپزشكى با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز تالیم اسکن قلب توسط متخصص ارتوپدی)، مغایرت سن یا جنس بیمار با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز آنژیوگرافی توسط متخصص اطفال برای افراد مسن) باید توسط مسئول فنى بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ ، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد مؤسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

تبصره ۴: در صورت نیاز به بیهوشی در انجام خدمات پرتوپزشكى نظیر سی تی اسکن یا MRI ، رادیولوژیست به عنوان تجویز کننده و متخصص بیهوشی به عنوان انجام دهنده (با تکمیل برگه القاء بیهوشی و ممهور به مهر وی) مى باشد.

۲۰. برگ درخواست هزینه و صورتحساب و همچنین نسخ ارسالی باید دارای مهر مؤسسه و مهر و

امضاء مسئول فنى باشد.

۲۱. کلیه برگهای درخواست هزینه و صورتحساب و همچنین نسخ ارسالی بخشهای پرتوپزشکی

مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاههای خصوصی،

دولتی، خیریه و غیره) علاوه بر مهر بخش مذکور و مهر و امضاء مسئول فنی باید دارای مهر مرکز

درمانی نیز باشد.

توضیح: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر بخش یا مسئول فنی درج گردیده باشد، نیازی به

مهر مرکز درمانی نمی باشد.

۲۲. الصاق تصویر گزارش (Report) خدمات پرهزینه پرتوپزشکی (ممه‌ور به مهر و امضاء مسئول

فنی) به نسخ ارسالی (یا از طریق مکانیزه) الزامی می باشد و ارسال اینگونه نسخ بدون الصاق تصویر

گزارش (یا از طریق مکانیزه) مشمول تعديلات خواهد شد.

۲۳. در سازمان هایی که صندوق های متعدد بیمه ای دارند برگ درخواست هزینه و صورتحساب

ماهانه باید برای هر صندوق بیمه (کارکنان دولت، ایرانیان، سایر اقشار و روستاییان) بطور جداگانه

تنظیم شده و نسخ مربوطه به ترتیب تاریخ تجویز نسخه (یا تاریخ دریافت خدمت) برگ شماری و

بسته بندی گردند. در صورت عدم تفکیک صندوقها (بیشتر از سقف تعیین شده)، نسخ مربوطه

رسیدگی نشده و با نظر رئیس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی (با توجه به سوابق اسنادی و نظارتی

مؤسسه) جهت اصلاح به مؤسسه عودت داده شده و یا تعدیل می گردد.

تبصره ۱: در سازمان بیمه سلامت ایران ارسال نسخ بیمه شدگان روستایی فقط از طریق موسساتی قابل

پذیرش و پرداخت است که قبلاً قرارداد پذیرش نسخ بیمه روستایی را منعقد نموده باشند.

تبصره ۲: در سازمان بیمه سلامت ایران نسخ بیمه روستایی بایستی از طریق نماینده بیمه از بیمارستانها

یا اداره کل به موسسه پرتوپزشکی طرف قرارداد ارجاع گردیده باشد که طبعاً باید عدم امکان ارائه آن

خدمت پرتوپزشکی توسط بیمارستانها در ظهر نسخه قید شده باشد.

تبصره ۳: در موسساتی که چند نوع خدمت پرتوپزشکی ارائه می گردد علاوه بر تفکیک صندوقها، نسخ باید به تفکیک نوع خدمت (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن ، MRI ، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات Intervention) در برگ درخواست هزینه و صورتحساب به صورت مجزا قرار گیرند.

۲۴. مؤسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد بایستی کلیه برگ های درخواست هزینه و صورتحساب و نسخ ماهانه خود را حداکثر تا تاریخ پانزدهم ماه بعد براساس برنامه ریزی سازمان بیمه گر استان تحویل دهند.

۲۵. **تبصره:** مهلت تحویل نسخ اسفندماه هر سال مراکز درمانی حداکثر تا پایان فروردین ماه سال بعد خواهد بود.

۲۶. در موارد ذیل، اسناد در مقطع زمانی مورد نظر قابل پذیرش و پرداخت نبوده و از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می باشد:

الف) تعطیلی موقت و یا دائم مؤسسه

ب) عدم اطلاع تغییر آدرس مؤسسه

ج) عدم اطلاع تغییر مسئول فنی

د) عدم معرفی قائم مقام مسئول فنی

۲۷. در صورت گزارش اداره نظارت مبنی بر غیبت مسئول فنی مؤسسه، اسناد ارسالی در تاریخ عدم حضور، مشمول تعدیلات خواهد شد.

۲۸. مؤسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد حداکثر ۱۵ روز بعد از دریافت برگ صورتحساب می توانند به نتیجه رسیدگی کتباً اعتراض نمایند و از آن پس اعتراضی پذیرفته نخواهد بود.

۲۹. لیست خدمات پرتوپزشکی مورد تعهد سازمان و ملاک محاسبه قیمت خدمات پرتوپزشکی،

آخرین فهرست کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بخشنامه های مربوطه است که از طریق مراجع ذیصلاح (دبیرخانه شورایعالی بیمه) اعلام می گردد.

۳۰. در نسخ خدمات پرتوپزشکی، عنوان خدمت (شامل نوع خدمت پرتوپزشکی، ناحیه و در صورت لزوم نمای مورد نظر) باید بطور کامل براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران توسط پزشک معالج درخواست شود و در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت (مثلاً درخواست سونوگرافی داپلر یک ناحیه بدون ذکر سیاه و سفید یا رنگی بودن آن) حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود.

۳۱. پرداخت فرانشیز قانونی بر مبنای تعرفه خدمت در بخش دولتی، مابه التفاوت تعرفه خدمات در بخش دولتی و خصوصی (هنگام مراجعه به مراکز پرتوپزشکی خصوصی) براساس مصوبه هیئت محترم وزیران در همان سال و همچنین بهای خدمات پرتوپزشکی خارج از تعهد سازمان به عهده بیمار است.

توضیح: خدمات پرتوپزشکی خارج از تعهد سازمان شامل خدماتی است که برای آنها از سوی شورایعالی بیمه سلامت تعرفه ای تعیین نشده است (از قبیل خدمات جدید و خدمات ستاره دار)، خدماتی که درخواست آن با شرایطی مغایر با ضوابط ابلاغی انجام شده باشد (نظیر درخواست MRI توسط پزشک عمومی)، خدماتی که به منظور Check up انجام می شود و همچنین خدماتی که انجام آن جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد.

۳۲. خدمات ارائه شده باید با امکانات موجود در مؤسسه مطابقت داشته باشد.

۳۳. نسخی که نیاز به تأیید واحد ذیربط دارند عبارتند از:

الف) نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش یا تاریخ گذشته که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد.

ب) خدمات پرتوپزشکی که از نظر مسائل نظارتی جهت کنترل نیاز به تأیید دارند

تبصره: هر گونه تغییرات در ضوابط سازمان های بیمه گر یک ماه قبل به ارائه کننده خدمت اطلاع رسانی شود.

ضوابط رسیدگی به اسناد پرتوپزشکی

ضوابط رسیدگی به اسناد پرتوپزشکی شامل ضوابط رسیدگی فنی و حسابداری می باشد.

۱- ضوابط رسیدگی فنی

ضوابط رسیدگی فنی اسناد پرتوپزشکی شامل ضوابط عمومی و اختصاصی می باشد.

۱-۱- ضوابط عمومی رسیدگی فنی به اسناد پرتوپزشکی

عدم رعایت موارد ذیل باعث تعدیلات می گردد:

۱- **اعتبار دفترچه:** در صورت عدم اعتبار دفترچه در تاریخ تجویز و مراجعه جهت دریافت خدمت، نسخه

پرتوپزشکی مشمول تعدیلات می گردد.

۲- **تاریخ نسخه:** تاریخ نسخه بایستی دقیقاً مورد توجه قرار گرفته و در صورت وجود موارد ذیل نسخه

بطور کامل جزء تعدیلات منظور می گردد:

۱-۲- تاریخ گذشته (نسخ مربوط به ماههای گذشته به جز موارد مندرج در بند ۹ ضوابط لازم الاجرا):

۲-۲- تاریخ آینده (نسخ مربوط به روزها و ماههای بعدی)

۳-۲- فاقد تاریخ: در صورتیکه به تایید ادارات کل استان نرسیده باشد.

۴-۲- تاریخ مخدوش: در صورتیکه نسخه توسط پزشک معالج و یا ادارات کل استان تایید نشده باشد.

توضیح: نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش یا تاریخ گذشته که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد نیاز به

تایید ادارات کل استان دارد.

کلیه مندرجات متن نسخه باید بدون خدشه و با یک دست خط باشد.

۳- وجود امضاء و مهر نظام پزشکی پزشک تجویز کننده خدمت پرتوپزشکی الزامی است.

۴- کلیه نسخ ارسالی بایستی دارای مهر یا پرینت مشخصات مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد.

تبصره: در مواردی که نسخ ارسالی مؤسسه فاقد مهر مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد اعمال تعدیلات یا ارجاع آن به مؤسسه برحسب نظر مدیران استانی سازمان ها خواهد بود.

کلیه نسخ ارسالی بخشهای پرتوپزشکی مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاههای خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) علاوه بر مهر بخش و مهر و امضاء مسئول فنی باید دارای مهر مرکز درمانی نیز باشد.

توضیح: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر بخش یا مسئول فنی درج گردیده باشد، نیازی به مهر مرکز درمانی نمی باشد.

۵- نسخ متفرقه (نظیر نسخ مخصوص پزشک، مخصوص بیمار، سایر سازمانها و همچنین مؤسسات دیگر)، کپی نسخ و نسخ کاربن گذاری شده قابل پرداخت نمی باشد.

تبصره ۱: در صورتیکه نسخ مربوط (ممهور به مهر) به دیگر مؤسسات پرتوپزشکی باشد علاوه بر غیرقابل پرداخت بودن نسخ، موضوع در صورت تکرار از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می باشد. (در صورت درج دستی عنوان دیگر مؤسسات پرتوپزشکی در نسخ، پذیرش و پرداخت بلامانع می باشد).

۶- نسخ مربوط به روزهایی که طبق گزارش اداره نظارت، مؤسسه پرتوپزشکی فاقد مسئول فنی بوده است مشمول تعدیلات می گردد.

۷- در سازمان هایی که دارای صندوق های متعدد بیمه ای هستند در صورتیکه نسخ صندوقهای مختلف جابجا شده باشد آن نسخ جزء تعدیلات محسوب می گردند.

۸- نسخی که بایستی قبلاً به تایید واحد ذیربط در اداره کل بیمه سلامت رسانیده شوند شامل:

۱۰-۱- نسخ فاقد تاریخ و یا تاریخ مخدوش که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد.

۱۰-۲- خدمات پرتوپزشکی که از نظر مسائل نظارتی جهت کنترل نیاز به تایید دارند

۱۰ در صورت وجود خدمت خارج از تعهد در نسخه، آن قلم جزء تعدیلات محسوب می گردد.

۹- نسخ مؤسسات پرتوپزشکی فقط در صورت تجویز و ارجاع از سوی دیگر پزشکان (غیر از مسئول فنی مؤسسه) قابل پذیرش و پرداخت می باشد به استثنای خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (Intervention).

۱۰- نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتوپزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان مامایی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.

۱۱- در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی انترنها (با مهر انترن به همراه مهر مرکز بیمارستانی - دانشگاهی) بعنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۲- در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی رزیدنت ها با مهر رزیدنت به همراه مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان متخصص و بدون مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۷- نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه پرتوپزشکی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.

تبصره: در موارد اورژانس و تروما نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن بدون تزریق با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۸- نسخ خدمات پرتوپزشکی در صورتیکه جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد. در صورت پذیرش اینگونه نسخ و احراز موضوع توسط اداره کل استان، نسخ مذکور مشمول تعدیلات خواهد شد.

توضیح: آزمون های غربالگری عبارت از معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیک مشخصی است که به صورت گروهی و برای اشخاص به ظاهر سالم بکار می روند و اصولاً پایه ای برای درمان نیستند. برای

مثال آزمون های پاراکلینیکی قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون های غربالگری محسوب می شوند.

۱۹- محاسبه تعرفه خدمات پرتوپزشکی طبق نسخه و براساس دستور پزشک معالج قابل انجام می باشد.

تبصره ۱: عدم تطابق خدمات پرتوپزشکی با تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار (مثلاً تجویز MRI زانوی چپ در موارد آسیب دیدگی مینیسک زانوی راست)، مغایرت سن یا جنس بیمار با خدمت پرتوپزشکی (مثلاً تجویز رادیوگرافی آدنوئید برای بزرگسالان و یا سونوگرافی پروستات برای خانمها) و دیگر موارد مبهم باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ به اداره کل بیمه خدمات درمانی، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

تبصره ۲: درخصوص خدمات پرهزینه پرتوپزشکی مواردی همچون عدم ارتباط خدمات پرتوپزشکی با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز تالوم اسکن قلب توسط متخصص ارتوپدی)، مغایرت سن یا جنس بیمار با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز آنژیوگرافی توسط متخصص اطفال برای افراد مسن)، باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ به اداره کل بیمه خدمات درمانی، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

۲۰- ارسال تصویر گزارش (Report) خدمات پرهزینه پرتوپزشکی (ممه‌ور به مهر و امضاء مسئول فنی) به همراه نسخ یا به صورت مکانیزه الزامی می باشد و ارسال اینگونه نسخ بدون تصویر گزارش یا به صورت مکانیزه مشمول تعدیلات خواهد شد.

۲۱- در سازمان هایی که دارای صندوق های متهد بیمه ای هستند لوح فشرده ارسالی ماهانه باید برای هر صندوق بیمه (کارکنان دولت، ایرانیان، سایر اقشار و روستاییان) بطور جداگانه تنظیم شده و نسخ مربوطه به ترتیب تاریخ تجویز یا ارائیه خدمت نسخه برگ شماری و بسته بندی گردند. در صورت عدم تفکیک صندوقها یا ارسال نسخ بیشتر از سقف تعیین شده نسخ مربوطه رسیدگی نشده و با نظر رئیس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی (با توجه به سوابق اسنادی و نظارتی مؤسسه) جهت اصلاح به مؤسسه عودت داده شده و یا تعدیل می گردد.

تبصره ۱: در سازمان بیمه سلامت ارسال نسخ بیمه شدگان روستایی فقط از طریق موسساتی قابل پذیرش و پرداخت است که قبلاً قرارداد پذیرش نسخ بیمه روستایی را منعقد نموده باشند

تبصره ۲: در سازمان بیمه سلامت نسخ بیمه روستایی بایستی از طریق نماینده بیمه از بیمارستانها یا اداره کل به موسسه پرتوپزشکی طرف قرارداد ارجاع گردیده باشد که طبعاً باید عدم امکان ارائه آن خدمت پرتوپزشکی توسط بیمارستانها در نسخه قید شده باشد.

تبصره ۳: در موسساتی که چند نوع خدمت پرتوپزشکی ارائه می گردد علاوه بر تفکیک صندوقها، نسخ باید به تفکیک نوع خدمت (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات Intervention) در لوح فشرده بطور مجزا قرار گیرند.

۲۲- لیست خدمات پرتوپزشکی مورد تعهد سازمان و ملاک محاسبه قیمت خدمات پرتوپزشکی، آخرین فهرست کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بخشنامه های مربوطه است که از طریق مراجع ذیصلاح (دبیرخانه شورایعالی بیمه) اعلام می گردد.

۲۳- در نسخ خدمات پرتوپزشکی، عنوان خدمت (شامل نوع خدمت پرتوپزشکی، ناحیه و در صورت لزوم نمای مورد نظر) باید بطور کامل براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران توسط پزشک معالج درخواست شود و در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت (مثل درخواست سونوگرافی داپلر یک ناحیه بدون ذکر سیاه و سفید یا رنگی بودن آن) حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود

۲۴- پرداخت فرانشیز قانونی بر مبنای تعرفه خدمت در بخش دولتی، مابه التفاوت تعرفه خدمات در بخش دولتی و خصوصی (هنگام مراجعه به مراکز پرتوپزشکی خصوصی) براساس مصوبه هیئت محترم وزیران در همان سال و همچنین بهای خدمات پرتوپزشکی خارج از تعهد سازمان به عهده بیمار است.

توضیح: خدمات پرتوپزشکی خارج از تعهد سازمان شامل خدماتی است که برای آنها از سوی شورایعالی بیمه تعرفه ای تعیین نشده است (از قبیل خدمات جدید)، خدماتی که درخواست آن با شرایطی مغایر با ضوابط ابلاغی انجام شده باشد (نظیر درخواست MRI توسط پزشک عمومی)،

خدماتی که به منظور Check up انجام می شود و همچنین خدماتی که انجام آن جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد.

۲۵- هرگونه خدشه در تاریخ و متن نسخه در صورتی که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد جزء تعدیلات محسوب می گردد. در صورتیکه خدشه در قیمت نسخه توسط مسئول فنی در ظهر آن توضیح داده نشده باشد آن ردیف حذف شده و جزء تعدیلات محسوب می گردد.

توضیح: موارد ذیل خدشه محسوب می شوند:

خط خوردگی، کاربنی، لاک گیری، دوخط بودن متن نسخه، پانچ شدگی (در صورتیکه تاریخ، مشخصات بیمه شده و مندرجات نسخه مخدوش گردد)

تبصره ۱: دو خط یا دورنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه و همچنین درج تاریخ با دستگاه تاریخ زن بلامانع می باشد.

۲۶- **اضافه قیمت خدمات پرتوپزشکی:** اعمال تعدیلات در موارد اضافه قیمت، به نسبت سهم سازمان از اضافه دریافتی کسر خواهد شد.

توضیح: در مواردی که بنا به تشخیص کارشناس رسیدگی کننده و تایید رئیس اداره اسناد پزشکی وقوع تخلف احتمال داده شود، موارد جهت بررسی و اعلام نظر به اداره نظارت ارسال گردد.

۲۷- **کسر قیمت خدمات پرتوپزشکی:** در صورتیکه موسسه تصویر برداری در برگ درخواستی و یا در لوح فشرده ارسالی کسر قیمت زده باشد اعمال آن و یا ارجاع آن به موسسه جهت اصلاح برحسب نظر اداره کل استان خواهد بود.

۲۸- **نسخ پس از بررسی باید به وسیله پانچ و یا خودکار باطل گردند.**

۲-۱- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد پرتویزشکی

ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی شامل ضوابطی است که به صورت اختصاصی در رسیدگی فنی به اسناد پرتویزشکی (شامل رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات Intervention) بکار می رود.

۱-۲-۱- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد رادیولوژی

۱- با توجه به اینکه در رادیوگرافی از مفاصل اندامهای فوقانی و تحتانی (مثل آرنج، زانو) بطور استاندارد باید انتهای دیستال و پروگزیمال استخوان های طرفین مفصل در کلیشه قابل رؤیت باشد لذا در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی یک مفصل و انتهای دیستال یا پروگزیمال استخوان های دو طرف آن (مثل رادیوگرافی آرنج و انتهای پروگزیمال ساعد) فقط تعرفه رادیوگرافی از مفصل (بدون احتساب تعرفه رادیوگرافی استخوان های طرفین مفصل) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- تعرفه رادیوگرافی بایت وینگ (B.W) معادل پری اپیکال (P.A) می باشد. (PA حین درمان ریشه مورد محاسبه و پرداخت نخواهد بود)

۳- در موارد ذیل فقط یک کلیشه رادیوگرافی دندان محاسبه می گردد:

الف : دندانهای قدامی:

۳	۳	۲۱ ۱۲
۳	۳	۲۱ ۱۲

ب : دندانهای خلفی:

۸۷۶	۶۷۸	۵۴	۴۵
-----	-----	----	----

۸۷۶	۶۷۸	۵۴	۴۵
-----	-----	----	----

- ۴- تعرفه رادیوگرافی KUB معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده کد ۷۰۰۲۴۵ قابل محاسبه می باشد.
- ۵- با توجه به اینکه قبل از انجام آزمونهای رادیوگرافی با استفاده از ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) معمولاً یک کلیشه ساده مقدماتی از عضو یا منطقه مورد نظر تهیه می گردد که هزینه این کلیشه ساده در تعرفه آزمون رادیوگرافی با ماده حاجب لحاظ شده است لذا در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی ساده و با ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) از یک عضو یا ناحیه، تعرفه رادیوگرافی ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (مثلاً در صورت درخواست همزمان KUB و IVP توسط پزشک معالج، تعرفه KUB قابل پرداخت نخواهد بود)
- ۶- خدمت رادیوگرافی پرتابل مطابق کد مربوطه در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد.
- ۷- تعرفه های رادیوگرافی اعلام شده در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت در موارد آنالوگ و دیجیتال (CR و DR و DDR) یکسان می باشد.
- ۸- در کلیه خدمات تصویربرداری با تزریق (با کنتراست) به غیر از هزینه ماده کنتراست، کلیه هزینه ها از جمله هزینه حق الزحمه تزریق داخل وریدی و کلیه لوازم و تجهیزات مصرفی نظیر سرنگ انژکتور، رابط انژکتور، چسب، آنژیوکت و ... در تعرفه مربوطه لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
- ۹- در انجام خدمت با کد ۷۰۰۳۰۵ (ERCP) حداکثر ۴ فیلم قابل محاسبه و پرداخت می یابد.
- ۱۰- انجام انواع خدمات اینترونشن رادیولوژی علاوه بر رادیولوژیست توسط فوق تخصص و فلوشیپ مرتبط در مراکز بیمارستانی و مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

«نحوه ارسال نسخ سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) از مراکز طرف قرارداد»

ارسال نسخ سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) فقط به روش دگزا (DEXA) از مراکز طرف قرارداد به دو صورت قابل انجام می باشد:

- ۱ - دانسیتومتری (با اولویت موسسات رادیولوژی) در مطب (انجام خدمت توسط پزشک متخصص زنان و زایمان، ارتوپدی و فوق تخصص روماتولوژی و داخلی که دارای مجوزهای قانونی هستند) فقط به روش دگزا (DEXA) (با کد ۷۰۰۹۲۰ و ۷۰۰۹۲۵) ، می توانند این خدمت را فقط برای بیماران خود تجویز نموده و انجام دهند . در این حالت نسخ مربوطه بصورت دو برگه (نسخه پاراکلینیک و نسخه پزشک) باید ارسال گردد که در این صورت خدمت دانسیتومتری (بدون محاسبه ویزیت) قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- ۲ - دانسیتومتری در مؤسسه (رادیولوژی و پزشکی هسته ای) که مسئول فنی، این خدمت را فقط برای بیماران ارجاعی (که توسط پزشک معالج ویزیت و دانسیتومتری تجویز شده است) می تواند انجام دهد . در این حالت، در صرت ارسال نسخ مربوطه بصورت تک برگه (نسخه پاراکلینیک) ، خدمت دانسیتومتری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

لازم به ذکر است که در هر دو حالت فوق، الصاق تصویر گزارش دانسیتومتری به نسخ الزامی می باشد.

۱-۲-۲- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد سونوگرافی

۱- در سونوگرافی ناحیه لگن کد ۷۰۱۶۱۱ شامل مشاهده مثانه پر و خالی، سایر احشاء داخل لگن

(شامل مثانه، پروستات، وزیکول سمینال ویا رحم، تخمدانها)، با کد های ۷۰۱۶۳۵، ۷۰۱۶۳۰،

۷۰۱۶۴۰، ۷۰۱۶۴۵ و ۷۰۱۶۵۰ قابل محاسبه و گزارش نمی باشد و فقط در صورتی که بنا به

درخواست پزشک هر یک از کدهای فوق بصورت جداگانه درخواست گردد صرفاً کد مربوطه قابل

گزارش و محاسبه می باشد.

۲- تعرفه سونوگرافی لگن از نظر بررسی حاملگی معادل تعرفه سونوگرافی تعیین حاملگی کد ۷۰۱۷۱۵ قابل

محاسبه می باشد. (کد ۷۰۱۶۱۱ با کد ۷۰۱۷۱۵ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی باشد)

۳- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی بررسی حاملگی و سونوگرافی رشد جنین و IUGR فقط بررسی

رشد جنین و IUGR قابل گزارش می باشد. (کد ۷۰۱۷۱۵ با ۷۰۱۷۳۶ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی

باشد.)

۴- در صورت تجویز هم زمان سونوگرافی حاملگی و تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنینی،

فقط سونوگرافی تشخیصی مالفورماسیون های مادرزادی جنین قابل محاسبه و پرداخت است. (کد

۷۰۱۷۱۵ با ۷۰۱۷۲۵ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی باشد.)

۵- در صورت درخواست سونوگرافی NT و یا NB کد ۷۰۱۷۳۰ به همراه سونوگرافی تشخیص

مالفورماسیون های مادرزادی کد ۷۰۱۷۲۵ در سه ماه اول بارداری کد ۷۰۱۷۳۱ (که شامل مجموع شرح دو

کد می باشد) و بعد از سه ماه اول فقط کد ۷۰۱۷۲۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشند.

۶- در صورت درخواست سونوگرافی NT به همراه NB فقط کد ۷۰۱۷۳۰ (سونوگرافی NT ویا NB)

قابل پرداخت می باشد.

۷- در صورت درخواست سونوگرافی چندقلویی، برای قل اول کد ۷۰۱۷۱۵ (سونوگرافی حاملگی) و برای هر یک از قل های بعدی کد ۷۰۱۷۳۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸- در صورت درخواست سونوگرافی حاملگی (کد ۷۰۱۷۱۵) به همراه سونوگرافی بیوفیزیکال پروفایل (کد ۷۰۱۷۲۰) هر دو قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۹- خدمت «سونوگرافی سه بعدی جنین» فاقد تعرفه مصوب بوده و در شمول تعهدات سازمان نمی باشد.

۱۰- سونوگرافی مغز در نوزادان (در سازمان های بیمه گر با دفترچه مادرتا یک ماه پس از تولد به وسیله متخصصین مرتبط نیز قابل محاسبه و پرداخت است

۱۱- در صورت درخواست سونوگرافی ناحیه شکم چنانچه تقاضا «سونوگرافی شکم» بدون ذکر مشخص احشاء داخل شکمی باشد و یا احشاء داخل شکمی به تفکیک (شامل کبد، کیسه صفرا، طحال، کلیه ها و پانکراس) و به صورت همزمان درخواست شده باشند، صرفاً کد ۷۰۱۵۵۵ قابل گزارش می باشد. اما در صورت درخواست هر یک از احشاء داخل شکمی به تنهایی صرفاً کد مربوطه قابل گزارش و اخذ می باشد.

تبصره : چنانچه مجموع تعرفه درخواستی بابت سونوگرافی احشاء داخل شکمی از تعرفه سونوگرافی شکم تجاوز نماید حداکثر، تعرفه سونوگرافی شکم قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۲- در صورت درخواست سونوگرافی غدد پارائورتیک به تنهایی معادل تعرفه سونوگرافی رتروپریتونئال کد ۷۰۱۵۸۰ قابل محاسبه می باشد.

۱۳- در موارد درخواست سونوگرافی پستان به همراه ناحیه آگزیلاری و یا نسج نرم صرفاً سونوگرافی پستان (برای یک طرفه کد ۷۰۱۵۴۰ و برای دوطرفه کد ۷۰۱۵۴۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۴- در موارد درخواست سونوگرافی تیرویید به همراه غدد لنفاوی گردن (نسج نرم گردن) ، صرفاً سونوگرافی تیرویید (کد ۷۰۱۵۲۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۵- تعرفه خدمت فیبرواسکن در صورت پوشش بیمه ای بر اساس کدهای ۴۰۱۷۳۵ و ۴۰۱۷۴۰ (الاستوگرافی کبد) با تجویز توسط فوق تخصص گوارش و کبد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

«شرایط پذیرش اسناد مربوط به سونوگرافی ترانس کرانیال دایر (TCD) و TCCS»

۱- رادیولوژیست ها به صورت ارجاعی از سوی متخصصین مرتبط و نورولوژیست ها در صورت دارا بودن شرایط لازم صرفاً جهت بیماران خود می توانند نسبت به انجام TCD و TCCS اقدام نمایند.

۲- مهمترین اندیکاسیونهای آن عبارتند از:

الف) Stroke

ب) TIA

ج) مواردی از سرگیجه (برای رد ضایعات عروقی Vertebro-Basilar)

د) تشخیص افتراقی سرگیجه های ناشی از TIA , epilepsy

۳- درج تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخه و همچنین الصاق تصویر گزارش انجام TCD به نسخ ارسالی الزامیست.

۵- تعرفه TCD (Transcranial Doppler sonography) شامل بررسی کلیه عروق داخلی جمجمه ای و عروق ناحیه گردن (کاروتید و ورتبرال دو طرفه) می باشد.

لازم به ذکر است که عروق مورد بررسی در داپلر ترانس کرانیال شامل موارد زیر می باشد:

الف) شریان اینترنال کاروتید در محل ورود به حفره جمجمه سگمان ۵ C و ۴ C دو طرف.

ب) سیفون کاروتید شامل سگمان خلفی ۴ C و ۳ C و ۲ C و ۱ C دو طرف.

پ) شریان افتالمیک دو طرف.

ت) شریان مغزی قدامی سگمان Precommonal دو طرف.

ث) شریان مغزی قدامی سگمان Postcommonal دو طرف.

ج) محل دوشاخه شدن شریان مغزی میانی دو طرف.

چ) تنه شریانی مغزی میانی سگمان M۲ و M۱ دو طرف.

ح) شریان رابط قدامی.

خ) شریان رابط خلفی دو طرف.

د) شریان مغزی خلفی در دو سگمان P_۲ و P_۱ از دو زاویه دید «Approach» ترانس تمپورال و ترانس فورامینال.

ذ) شریان قاعده ای مغز.

ر) شریان ورتبرال در سگمان V_۴ و V_۳.

۶- با توجه به اینکه در انجام این خدمت بررسی همزمان عروق اینتراکرانیال و اکستراکرنیال الزامیست می بایست از وجود تجهیزات با قابلیت انجام سونوگرافی در هر دو ناحیه مطمئن گردید

۷- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر عروق گردن (کد ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیال (TCD) (کد ۷۰۱۸۶۵) صرفاً سونوگرافی ترانس کرانیال (کد ۷۰۱۸۶۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸- سونوگرافی TCCS (Transcranial color coded duplex sonography) (اسکن دوبلکس شریان های خارج مغزی شامل کاروتید و ورتبرال دوطرفه و وریدهای گردنی و همراه با رویت پارنشیم و هسته های مغزی به اضافه خدمت T.C.D) مطابق تعرفه مربوطه (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) با الصاق گزارش قابل پرداخت می باشد.

۹- برای خدمت TCCD همان سونوگرافی TCCS قابل پرداخت می باشد.

۱۰- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر ترانس کرانیال (TCD) به همراه TCCS فقط تعرفه سونوگرافی

TCCS قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱-۲-۳- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد سی تی اسکن

۱- مراکز تصویر برداری حق اطلاع رسانی به پزشکان متخصص به منظور ذکر «روش اسپیرال» در نسخ تجویزی را ندارند و پزشکان متخصص می توانند با توجه به تشخیص خود و در صورت نیاز روش اسپیرال را تجویز نمایند.

۲- نسخ سی تی اسکن فقط در صورت درخواست توسط پزشک متخصص معالج با ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار قابل پذیرش می باشد.

تبصره ۱: در موارد اورژانس و تروما، درخواست سی تی اسکن یک عضو بدون تزریق توسط پزشک عمومی با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۳- انجام خدمات سی تی اسکن زیر منحصراً با دستگاههای مولتی اسلایس (MSCT) حداقل ۴ اسلایس و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

الف- انواع خدمات سی تی آنژیوگرافی ها

ب- سی تی اسکن اسپیرال فک پایین یا بالا برای ایمپلنت دندان

ج- سی تی اسکن اسپیرال سری کامل TMJ

د- سی تی اندوسکوپی مجازی

ه- سی تی اسکن سه بعدی (۳D)

و- بازسازی متال آرتیفکت و باز سازی هر ناحیه

ز- سی تی اسکن جهت بررسی پرفیوژن بافتی با گاز گزنون

۴- HRCT در صورت تجویز توسط متخصص داخلی، عفونی، اطفال و فوق تخصص جراحی توراکس و ریه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- در صورت درخواست سی تی اسکن سه بعدی هر ناحیه به همراه سی تی اسکن معمولی همان ناحیه

یا با بازسازی، صرفاً سی تی اسکن سه بعدی همان ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۶- در سی تی اسکن بیماران ترومایی درخواست کلیشه *Bone window* در تعرفه خدمت لحاظ شده

است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۷- با توجه باینکه در تکنیک اسپیرال، مقاطع مختلف یک ناحیه (برای مثال فقرات سرویکال، توراسیک یا

لومبار) پشت سر هم و بدون وقفه گرفته میشود در مورد درخواستهای سی تی اسکن اسپیرال

مهره‌های متعدد به ازای هر تعداد مهره یک ناحیه سرویکال (مهره های C۷-C۱)، توراسیک (مهره های

T۱-T۱۲) یا لومبار (مهره های L۵-L۱) تعرفه سی تی اسکن فقرات همان ناحیه محاسبه و پرداخت

می شود.

۱-۲-۴- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد MRI

۱- هزینه انجام MRI از سوی سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت است مشروط به اینکه درخواست منحصرأً توسط متخصص جراحی ارتوپدی، متخصص جراحی مغز و اعصاب، متخصص بیماریهای مغز و اعصاب، متخصص گوش و حلق و بینی و سایر فوق تخصص ها انجام شود.

تبصره ۱: محاسبه و پرداخت MRI تجویزی سایر متخصصین در حوزه تخصصی مرتبط بلامانع است.

تبصره ۲: کلیه درخواستهای MRI بیش از یک ناحیه (یا ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمانهای بیمه گر دارد. (مگر در موارد اورژانس با ذکر شرح بیماری در برگه درخواست توسط پزشک متخصص مربوطه).

۲- در مورد درخواست MRI مغز و اوربیت - MRI مغز و گوش - MRI مغز و هیپوفیز - MRI مچ و کف پا ، در صورتی که در خواست با فوکوس بر روی ناحیه اختصاصی باشد به عنوان مثال اگر درخواست بررسی مغز با فوکوس بر روی اوربیت یا گوش و یا هیپوفیز باشد فقط ناحیه اختصاصی مربوطه (اوربیت یا گوش و یا هیپوفیز) قابل محاسبه و پرداخت میباشد و در صورتی که بصورت جداگانه درخواست شده باشد مشروط به انجام جداگانه و ارائه گزارش مجزا به صورت دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

تبصره: در صورت عدم انجام موارد فوق بصورت جداگانه و در خواست دو ناحیه از سوی مراکز ،موضوع از طریق نظارت قابل پیگیری میباشد.

۳- در مورد درخواست MRI مچ و کف دست، با توجه به انجام دو ناحیه با یک پروتوکل و در یک مرحله فقط یک ناحیه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۴- در موارد درخواست MRI سرویکو توراسیک - MRI توراکو لومبار و یا MRI لومبوساکرال منحصرأً تعرفه یک ناحیه آناتومیک قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- با توجه به اینکه MR ماموگرافی با تزریق صرفاً به روش دینامیک دارای ارزش تشخیصی می باشد در صورت درخواست MR ماموگرافی دینامیک ، فقط تعرفه MR ماموگرافی با تزریق قابل محاسبه و پرداخت می باشد

۱-۲-۵- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد پزشکی هسته ای

براساس ماده یک آئین نامه تأسیس مراکز پزشکی هسته ای، تعریف پزشکی هسته ای عبارت از کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی است که به وسیله مواد رادیواکتیو (چشمه های باز رادیواکتیو) انجام می گردد و شامل موارد ذیل می باشد:

۱- آزمایشات IN VIVO یا طرح برداری از اعضاء و تعیین میزان جذب مواد رادیواکتیو در اعضای بدن.

۲- درمان با مواد رادیواکتیو (به استثناء استفاده از منابع تشعشع بسته)

لیست اقدامات فوق الذکر مشتمل بر ردیف های مندرج در بخش پزشکی هسته ای " کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران " می باشد.

۳- آزمایشات IN VITRO یا آزمایش تشخیص پزشکی با مواد رادیواکتیو که عمدتاً شامل سنجش هورمونها، داروها، تومورمارکرها و آزمایشات دیگری است که به روش رادیوایمونواسی (RIA) قابل انجام بوده و بر اساس ردیف های مربوطه در بخش خدمات آزمایشگاهی " کتاب ارزش نسبی و خدمات مراقبتی سلامت جمهوری اسلامی ایران " قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (بر اساس لیست پیوست)

۱-۲-۶- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد رادیوتراپی

نسخ حاوی خدمات رادیوتراپی فقط در صورت الصاق درخواست اولیه و ارجاع از سوی متخصصین و فوق تخصص بالینی مربوطه (غیر از رادیو تراپیست) به مرکز رادیوتراپی ارائه دهنده خدمت قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره : افرادی که سابقه رادیوتراپی دارند از این قاعده مستثنی می باشند و می توانند مستقیماً به مراکز رادیوتراپی مراجعه نمایند . (بالارسال سوابق رادیوتراپی برای سازمان های بیمه گر)

خدمات قابل محاسبه و پرداخت در اسناد مربوط به بیماران تحت درمان با رادیوتراپی (به روش درمان از راه دور یا تله تراپی شامل درمان با دستگاه شتابدهنده خطی یا کبالت) عبارتند از:

۱- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایشگاه مرحله بندی بیمار و تایید برنامه کلی درمان شامل مدالیت های درمانی و نحوه ی تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۰) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

۲- مدیریت درمان رادیو تراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه که درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود و لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند . ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایشات مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دوز و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات یا Set Up درمان) با ارزش نسبی ۳ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

تذکر: مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع فقط یکبار و در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه رادیوتراپی یکبار در صورت انجام برای کلیه بیماران اعم از سرپایی و بستری قابل پرداخت است. در این موارد، ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.

۳- سیمولاتور با گرافی ساده برای دوره کامل رادیوتراپی با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۰ و ۷۰۵۳۳۵) (تعرفه مربوط به رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه میباشد) یا سیمولاتور با سایر روشهای

تصویربرداری (سی تی اسکن ، ام آر آی ، سونوگرافی و پت اسکن) برای دوره درمان رادیوتراپی با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۵ و ۷۰۵۳۴۰)

تذکر: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار سیمولاتور قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۴- طراحی درمان برای یک ناحیه درمانی با استفاده از فیلد ساده با ارزش نسبی ۳۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۱۵) و یا فیلد پیچیده با ارزش نسبی ۴۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۵۰) برای دوره کامل رادیوتراپی.

تذکر: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک طراحی درمان برای هر ناحیه درمانی با استفاده از فیلد ساده و یا پیچیده قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۵- مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی غیر Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۱۰۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۲۰ و ۷۰۵۳۷۵) و Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۸۰).
تذکر: در یک جلسه رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی (Conformal یا غیر Conformal) قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۶- محاسبات پایه رادیوتراپی (فیزیک) شامل دوزیمتری و دوزیمتری اختصاصی ارزیابی پارامترهای درمان، تضمین کیفیت انتقال دوز، دوز عمقی محور مرکزی، NSD، TDF، محاسبات off axis, gap, factor، فاکتور غیریکنواختی بافت، محاسبات دوز سطحی و عمقی پرتوهای غیر یونیزان در نوع ساده با ارزش نسبی ۱۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۲۵) و در نوع پیچیده با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۰۰) برای دوره کامل رادیوتراپی.

تذکر: در هر فاز درمانی فقط یک محاسبات پایه رادیوتراپی (فیزیک ساده یا پیچیده) به ازای هر ناحیه درمانی قابل محاسبه و پرداخت میباشد (حداکثر تعداد فازها به ازای هر ناحیه درمانی مطابق جدول پیوست)

۷- طراحی و ساخت شیلد: برای طراحی و ساخت شیلدهای متعدد، استنت، شیلد bite یا بولوس در صورت انجام با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۵۵) و برای طراحی و ساخت شیلد های بی قاعده، شیلدهای خاص، جبران کننده، وج، قالب گیری (mold) یا casts در صورت انجام با ارزش نسبی ۹ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۶۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. (در مراکز دولتی با تأیید ناظر و در مراکز خصوصی با ارسال تصویر شیلد)

تذکر ۱: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت میباید.

تذکر ۲: در صورت استفاده صرف از شیلدهای پیش ساخته تعرفه طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۸- کانتورینگ تومور با ارزش نسبی ۱۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۷۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت میباید.

۹- کانتورینگ ارگان در معرض خطر با ارزش نسبی ۹ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۹۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. برای دوره کامل رادیوتراپی فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت میباید.

۱۰- استفاده از پورتال فیلم رادیولوژیک برای تایید (وریفیکاسیون) درمان با ارزش نسبی ۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۹۵) به ازای هر بار انجام در یک دوره کامل رادیوتراپی.

۱۱- درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی (مربوط به دستگاهی که پورتال فیلم و مولتی لیف نداشته نباشند) به ازای تعداد فیلدهای درمانی در یک دوره کامل رادیوتراپی شامل :

الف- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه A (۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۴ مطابق کد ملی ۷۰۵۳۳۰

ب- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه A (۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۰۵

ج- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه B (بیش از ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۰

د- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه B (بیش از ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۷ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۰

ه- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه C (۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۶ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۵

و- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه C (۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۸/۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۵

تذکر ۱: ملاک محاسبه در شتاب دهنده ها ، انرژی فیلد درمانی مورد استفاده برای هر بیمار می باشد لذا ذکر انرژی فیلدهای درمانی ضروری می باشد. در غیر اینصورت فیلد درمانی با حداقل تعرفه محاسبه خواهد شد.

تذکر ۲: ملاک تشخیص فیلد درمانی ساده و پیچیده بدین صورت است که در مواردیکه از وسایل مخصوص (Shielding) جهت حالت دادن به ستون اشعه استفاده نگردد و به هد دستگاه زاویه داده نشود

(زاویه هد دستگاه صفر باشد) بعنوان فیلد درمانی ساده و در غیر اینصورت تحت عنوان فیلد درمانی پیچیده در نظر گرفته می شود.

تذکره ۳: هزینه فیلدهای درمانی قابل محاسبه برای هر بیمار عبارتست از مجموع تعرفه فیلدهای درمانی ساده و پیچیده در هر گروه انرژی ضربدر تعداد فیلدهای درمانی مورد استفاده برای بیمار در گروه انرژی مربوطه می باشد.

تبصره: در صورت تجهیز و راه اندازی دستگاه شتاب دهنده خطی به همراه مولتی لیف و پرتابل فیلم، هر کدام ۱۰٪ و مجموعاً ۲۰٪ به تعرفه درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی با در نظر گرفتن تعداد فیلدهای درمانی، اضافه گردد.

۱۲- درمان رادیوتراپی بیمار با دستگاه کبالت شامل درمان ساده با ارزش نسبی ۱ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۳۰) و یا درمان پیچیده با ارزش نسبی ۱/۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۳۵)

تذکره ۱: محاسبه تعداد فیلدهای درمانی در رادیوتراپی به عوامل مختلفی از جمله نحوه تقطیع دوز (Fraction)، دوز توتال، سطح شان، میزان شیلدینگ، استفاده از فیلترهای مختلف و غیره وابسته است. بدیهی است پزشکان معالج براساس تکنیک انتخابی، تعداد فیلد درمانی را منطبق با تعداد فیلد ثبت شده در پرونده بیمار اعلام خواهند کرد. در هر صورت متوسط تعداد فیلدهای درمانی در هر ناحیه آناتومیک درخواستی از سوی مراکز رادیوتراپی طرف قرارداد نباید از حداکثر تعداد فیلدهای درمانی مندرج در جدول ذیل بیشتر باشد.

تذکره ۲: کارشناسان محترم رسیدگی ضمن در نظر گرفتن ارقام یاد شده در مواقع لزوم (به ویژه مواردی که یک مرکز برای اکثر درمانهای خود حداکثر تعداد فیلد مندرج در جدول مذکور را اعلام می نماید) با مراجعه به برگ پرتو درمانی بیماران که مهوور به مهر و امضاء متخصص رادیوتراپی و فیزیست می باشد رسیدگی دقیق را اعمال نمایند.

موارد قابل محاسبه و پرداخت در اسناد مربوط به بیماران تحت درمان با براکی تراپی (به روش درمان از راه نزدیک) عبارتند از:

۱- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایشگاه مرحله بندی بیمار و

تایید برنامه کلی درمان شامل مدالیته های درمانی و نحوه ی تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- مدیریت درمان رادیو تراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه که درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود و لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند . ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایشات مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دوز و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات یا Set Up درمان) با ارزش نسبی ۳ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

تذکر: مدیریت درمان رادیوتراپی در صورت انجام برای کلیه بیماران سرپایی و بستری به شرح زیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

الف: مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان، یکبار برای اولین جلسه براکی تراپی (۵k)
ب: مدیریت درمان رادیوتراپی حین درمان هر ۵ جلسه براکی تراپی (۳ k) (در صورتیکه درمان از جلسه دوم به بعد متوقف گردد ۳k کمکان قابل پرداخت است).
در این موارد، ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.

۳- انجام براکی تراپی هر ناحیه شامل قراردادن اپلیکاتور یا سوزن، طراحی درمان سه بعدی (کونتورینگ و تایید پلان)، محاسبات فیزیک براکی تراپی و دوزیمتری وصل به دستگاه براکی تراپی بابت هر جلسه مطابق یکی از کدهای ملی ۷۰۵۵۱۰، ۷۰۵۵۱۵، ۷۰۵۵۲۰، ۷۰۵۵۲۵، ۷۰۵۵۳۰، ۷۰۵۵۳۵، ۷۰۵۵۴۰، ۷۰۵۵۴۵، ۷۰۵۵۵۰ ویا ۷۰۵۵۵۵

تبصره ۱: برای براکی تراپی چشم کد ملی ۶۰۲۳۶۵ (تخریب ضایعه موضع رتین یا رتینوپاتی پیشرفته با رادیوسیون بوسیله کارگذاری منبع) باید به کد ۷۰۵۵۴۵ اضافه گردد.

تبصره ۲: برای براکی تراپی سایر ارگان ها از جمله پستان علاوه بر کدهای فوق کدهای مربوطه نیز قابل گزارش و اخذ می باشد.

۴- درمان براکی تراپی بیمار بر روی دستگاه HDR (دوز بالا) به ازای هر جلسه با ارزش نسبی ۱۳۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۵۰۵)

تذکر ۱: برای دستگاه MDR، ۷۰٪ تعرفه کد ملی ۷۰۵۵۰۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

یادآوری مهم: بر اساس دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص و صعب‌العلاج، هزینه خدمت رادیوتراپی در مراکز دولتی، غیر دولتی و خصوصی در موارد سرپایی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، بصورت رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه می باشد. (ما به التفاوت بخش دولتی و خصوصی به عهده بیمار است). بر این اساس مواردی از خدمات رادیوتراپی که مشمول حذف فرانشیز می گردد عبارتند از:

الف- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان و در حین درمان از کد ملی ۹۰۱۹۵۰ تا ۹۰۱۹۵۵

ب- خدمات رادیوتراپی با شتابدهنده خطی و کبالت از کد ملی ۷۰۵۳۰۰ تا ۷۰۵۴۳۶

ج- خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا ۷۰۵۵۵۵

د- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی شامل مارکرها، شیلدهای اختصاصی، چسب های رادیوتراپی و ماسک های رادیوتراپی که اغلب برای رادیوتراپی ناحیه سر و گردن استفاده می شود بر اساس نرخ اعلامی سازمان غذا و دارو شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

ه- هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتتر برونشیل براکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی سازمان غذا و دارو شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

پیوست ۱:

منطقه آناتومیک		تعداد شانهای فاز اول	تعداد جلسات	تعداد شانهای فاز دوم	تعداد جلسات	تعداد کل شانها
سطح بدن	پوست	۳	۲۵	۲	۵	۸۵
سر	تومورهای اولیه جمجمه	۲	۲۵	۳	۸	۷۴
	هیپوفیز	۵	۲۷	۰	۰	۱۳۵
	نخاع	۴	۲۰	۲	۷	۹۴
	چشم و کره چشم	۳	۲۷	۰	۰	۸۱
	گوش	۳	۳۰	۰	۰	۹۰
گردن	نازوفارنکس*	۳	۲۵	۴	۱۰	۱۱۵
	حفره دهان	۲	۲۵	۴	۱۰	۹۰
	سینوسهای پاراناژال	۳	۳۰	۰	۰	۹۰
	غدد بزاقی	۲	۲۵	۳	۱۰	۸۰
	حلق	۳	۲۵	۲	۸	۹۱
	حنجره*	۳	۲۵	۳	۸	۹۹
	تیروئید	۲	۲۵	۴	۸	۸۲
قفسه سینه	ریه (لنفومها)	۲	۲۵	۳	۵	۶۵
	مدیاستن و نای	۲	۲۵	۴	۵	۷۰
	مری	۲	۲۵	۴	۵	۷۰
	قلب و عروق	۴	۲۵	۰	۰	۱۰۰
	پستان	۶	۲۵	۲	۵	۱۶۰
گوارش	معدة	۳	۲۵	۴	۵	۹۵
	پانکراس	۴	۲۵	۴	۵	۱۲۰
	کبد	۳	۲۰	۰	۰	۶۰
	کولون و رکتوم	۴	۲۵	۴	۳	۱۱۲
	آنال	۴	۲۵	۳	۵	۱۱۵
سیستم ادراری	کلیه ها و میزنای	۳	۲۵	۰	۰	۷۵
	مثانه	۴	۲۵	۴	۸	۱۳۲
سیستم تناسلی ادراری مردان	پروستات*	۵	۲۵	۵	۱۵	۲۰۰
	بیضه	۴	۲۰	۴	۱۰	۱۲۰
	آلت تناسلی	۳	۳۰	۰	۰	۹۰
ژنیکولوژی (زنان)	سرویکس	۴	۲۵	۴	۵	۱۲۰
	آندومتر	۴	۲۵	۴	۵	۱۲۰
	تخمدان و لوله فالوپ	۲	۱۸	۴	۷	۶۴
	واژن	۴	۲۵	۴	۵	۱۲۰
	مجرای ادرار	۲	۲۵	۲	۵	۶۰
	اندام تناسلی خارجی	۲	۲۵	۲	۵	۶۰
	رتروپریتون	۲	۲۵	۴	۵	۷۰
آدرنال و تومورهای حفره شکم	غده آدرنال (فوق کلیوی)	۲	۲۵	۴	۵	۷۰
اندام ها	دست و پا*	۳	۲۵	۲	۸	۹۱

تعداد شانها و جلسات و تعداد کل شانهای درمانی برای تکنیکهای معمولی محاسبه شده اند. محاسبه تکنیکهای پیچیده برای هر منطقه آناتومیک ممکن است با توجه به شرایط بیمار و نظر پزشک تغییر کرده و تا مقدار زیادی افزایش یا کاهش یابد. همچنین برای درمانهای با روشهای پیچیده مانند IMRT و استریوتاکتیک تعداد شانها ممکن است تا ۱۰۰٪ افزایش یابد. درمان بعضی از مناطق آناتومیک (مانند پروستات) که با علامت ستاره مشخص شده ممکن است به یک فاز درمانی بیشتر احتیاج داشته باشد.

فهرست برخی از خدمات پرتوی پزشکی دارای اسامی متعدد یا علائم اختصاری

ردیف	عنوان خدمت	سایر اسامی یا علائم اختصاری خدمت
۱.	رادیوگرافی قاعده جمجمه (نمای هیرتز)	SMV
۲.	رادیوگرافی پری اپیکال	PA
۳.	رادیوگرافی بایت وینگ	BW
۴.	رادیوگرافی پانورکس	OPG
۵.	داکریوسیستوگرافی	DCG
۶.	رادیوگرافی ساده شکم خوابیده	KUB
۷.	رادیوگرافی مری با بلع ماده حاجب	Barium Swallow
۸.	رادیوگرافی معده و اثنی عشر	Barium meal GI Series
۹.	رادیوگرافی مری، معده و اثنی عشر	UGI Series
۱۰.	رادیوگرافی روده های کوچک	Transit
۱۱.	رادیوگرافی روده های بزرگ	Barium Enema
۱۲.	کله سیستوگرافی خوراکی	OCG
۱۳.	کلانژیوگرافی بعد از عمل جراحی	T-Tube کلانژیوگرافی
۱۴.	کلانژیوگرافی از راه پوست	PTC
۱۵.	کلانژیوپانکراتوگرافی رتروگراذ از طریق اندوسکوپی	ERCP
۱۶.	اوروگرافی (پیلوگرافی) ترشحي	IVP , IVU اوروگرافی (پیلوگرافی) نزولی
۱۷.	اوروگرافی سریع برای فشار خون	Rapid Sequence IVP
۱۸.	اوروگرافی (پیلوگرافی) رتروگراذ	اوروگرافی (پیلوگرافی) صعودی
۱۹.	اوروگرافی (پیلوگرافی) آنتی گراذ	اوروگرافی (پیلوگرافی) از راه پوست نفروستوگرافی
۲۰.	یورتروسیستوگرافی در حال ادرار کردن	VCUG
۲۱.	هیستروسالپینگوگرافی	HSG
۲۲.	رادیوگرافی تله متریک	Alignment View
۲۳.	کلانژیوپانکراتوگرافی به وسیله MRI	MRCP MR کلانژیوگرافی

خدمات آزمایشگاهی

ردیف	عنوان
۱	ACTH
۲	AFP
۳	BETA HCG
۴	CORTISOL
۵	CYCLOSPORINE
۶	DHEA
۷	DIGOXIN
۸	ESTRADIOL
۹	FERRITIN
۱۰	FREE T _۴
۱۱	FREE T _۳
۱۲	GH
۱۳	FSH
۱۴	LH
۱۵	PROLACTIN
۱۶	۱۷OH-PROGESTRON
۱۷	PSA
۱۸	PTH
۱۹	CEA
۲۰	TESTOSTERONE
۲۱	TG
۲۲	TSH
۲۳	T _۴
۲۴	T _۳
۲۵	T _۳ UP

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.