

رویکرد "مادران نزدیک به مرگ"

مهر 1394

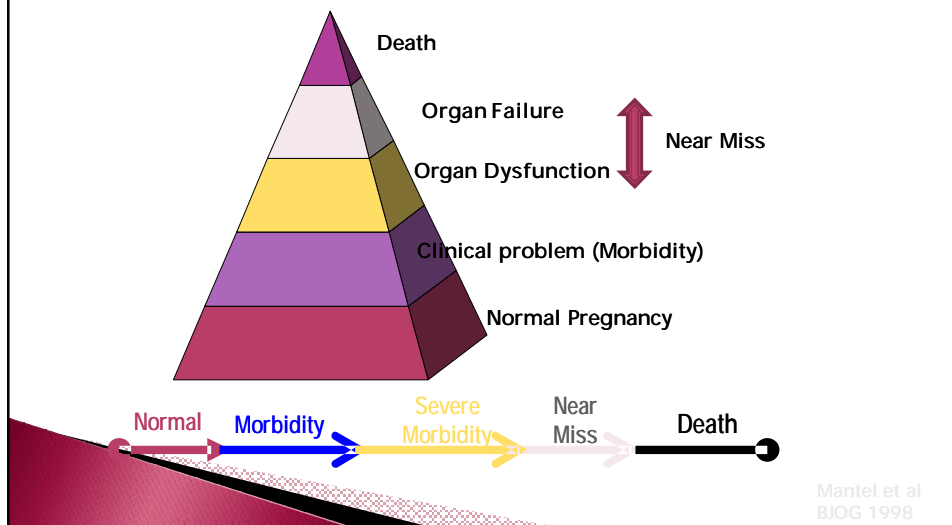
اهمیت برنامه

دکتر فرحناز ترکستانی
رئیس اداره مادران و عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

تعریف مادران نزدیک به مرگ

مادران نزدیک به مرگ (near miss):
 به عوارض شدید دوران بارداری، زایمان و یا تا 42 روز پس از زایمان که مادر را تا پای مرگ برده ولی از آن موربیدیتی یا عارضه نجات یافته اطلاق میشود (7،11). در عمل به زنانی گفته می شود که از عوامل تهدید کننده حیات (بعنوان مثال نارسائی ارگان)، جان به در برده اند.

Morbidity > Nearmiss > Mortality

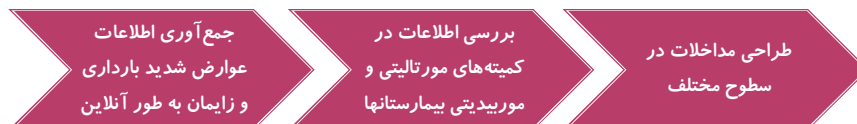


اهمیت بررسی موارد near miss

- دستیابی به اهداف توسعه جهانی در راستای کاهش مرگ مادران با سرعت کمی پیش می‌رود.
- به دلیل کم بودن تعداد نمونه های مرگ مادری در هر منطقه تدوین مداخلات مناسب امکان پذیر نیست.
- در دهه اخیر به دلیل تاثیر زیادی که مفهوم near miss بر میزان مرگ و میر مادر دارد روز به روز مهمتر تلقی شده و بیشتر استفاده می‌گردد.
- فراوانی این وضعیت بیش از موارد مرگ مادر بوده و مطالعه و ارزیابی این پیامدها میتواند به درک عمیقتر عوامل تعیین کننده مرگ مادر کمک نماید.

ایجاد رویکرد مادران نزدیک به مرگ

- به دلیل تشابه فاکتورهای محیطی و پاتولوژیک موثر در موربیدیتی، استفاده از داده های جمع آوری شده در مورد مادران نزدیک به مرگ می‌تواند به عنوان یک مکانیسم برای تشخیص مشکلات سیستم درمانی و مراقبت های بهداشتی مادران به کار گرفته شود.



مزایای استقرار رویکرد مادران نزدیک به مرگ

فراهم نمودن

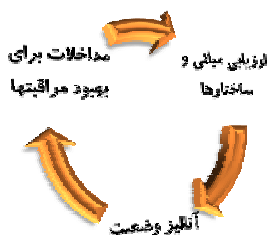
- } امکان ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی
- } امکان مقایسه اطلاعات در سطوح و زمانهای مختلف و حتی کشورهای مختلف را ایجاد می‌کند.
- } ثبت تمام شرایط تهدید کننده حیات در هر دو مورد مرگ مادران و "مادران نزدیک به مرگ"
- } تعیین الگویی مورد نیاز برای جلب حمایت های ویژه مورد نیاز در زنان با عوارض شدید در بیمارستان

مزایای استقرار رویکرد مادران نزدیک به مرگ

- } نتایج این بررسی ها شامل شیوع و الگوی مرگ و نزدیک به مرگ در منطقه، ضعفها و قوتها در سیستم ارجاع و استفاده از مداخلات کلینیکی و ... می‌باشد.
- } تاکید بر لزوم استفاده از گایدلاینها و ضرورت تدوین پروتوکل مخصوص هر بیمارستان

رویکرد سه مرحله ای مادران نزدیک به مرگ

{ سازمان جهانی بهداشت برای کاهش موارد " مادران نزدیک به مرگ " پیشنهاد می کند دارای یک چرخه سه مرحله ای می باشد:



- { ارزیابی مبانی و ساختارها
- { آنالیز وضعیت
- { تدوین و اجرای مداخلات
- { برای بهبود ارائه خدمت

{ شاخصهای فرآیندی شناسایی خلاء بین مداخلات ضروری و مداخلات انجام یافته در پیشگیری و مدیریت و کنترل موربیدیتی های شدید مادری را نشان می دهد و استانداردهای لازم را برای نحوه مدیریت، شیوه نظارت و روش استقرار انواع مداخلات حیاتی ارائه میدهد.

{ مثال: پره ترم لیبر

- مراقبت استاندارد: همه زنانی که زایمان پره ترم دارند باید برای بلوغ ریه جنین کورتیکواستروئید دریافت کنند.
- شاخص فرآیندی: تعداد زنانی که زایمان پره ترم دارند و کورتیکواستروئید دریافت کرده اند تقسیم بر کل زنانی که زایمان پره ترم دارند.

معیارهای ورود به برنامه

دکتر مریم کاشانیان
مدیر گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی ایران،
عضو هیئت علمی - بیمارستان اکبرآبادی

معیارهای ورود به برنامه



خصوصیاتی که بیمار را در دسته
مادران نزدیک به مرگ قرار می دهد

بر اساس علت

۱. خونریزی شدید پس از زایمان
۲. پره اکلامپسی شدید،
۳. اکلامپسی
۴. سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید
۵. پارگی رحم

خونریزی پس از زایمان

تعریف }

خونریزی واژینال بعد از زایمان با حداقل یکی از موارد؛ خونریزی غیرطبیعی به میزان 1000 سی سی یا بیشتر، یا هر میزان خونریزی با افت فشار خون یا انتقال خون

پیشگیری }

برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان همزمان با خروج سر نوزاد باید برای همه زنان 10 واحد اکسی توسین استفاده شود.

مراقبت استاندارد }

همه زنان پس از زایمان باید داروهای یوتروتونیک دریافت کنند.

شاخص های فرایندی }

- تعداد زنانی که تک دز اکسی توسین را برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان دریافت می کنند تقسیم بر زنان زایمان کرده (اعم از سزارین یا زایمان طبیعی)
- تعداد زنانی که داروهای یوتروتونیک را برای درمان خونریزی پس از زایمان دریافت می کنند تقسیم بر زنانی که خونریزی پس از زایمان داشته اند.

پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی

تعریف

پره اکلامپسی شدید

فشارخون سیستولیک مداوم بیش از 160 میلی متر جیوه یا بیشتر و یا فشار خون دیاستولیک 110 میلی متر جیوه. پروتئینوری 5 گرم یا بیشتر در 24 ساعت. الیکوری کمتر از 400 میلی لیتر در 24 ساعت. و سندرم HELLP و یا ادم ریوی.

اکلامپسی

تشنج در یک بیمار بدون سابقه صرع. کما در پره اکلامپسی

پیشگیری

مراقبت استاندارد

◦ همه زنان با اکلامپسی باید سولفات منیزیم دریافت کنند.

شاخص های فرایندی

◦ تعداد زنان مبتلا به اکلامپسی که سولفات دریافت کرده اند نسبت به زنانی که مبتلا به اکلامپسی بوده اند.

عفونت شدید سیستمیک و یا سپسیس

تعریف

وجود تب (درجه حرارت بدن بیشتر از 38 درجه سانتی گراد)، عفونت تایید شده یا مشکوک به عفونت (به عنوان مثال کوریوآمینونیت، سقط عفونی، اندومتريت، پنومونی) و حداقل یکی از موارد ضربان قلب بیش از 90، تعداد تنفس کمتر از 20، لکوپنی (کاهش گلبولهای سفید خون کمتر از 4000)، لکوسیتوز (گلبول های سفید بیش از 12000

پیشگیری

همه زنانی که سزارین می شوند باید آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کنند

مراقبت استاندارد

همه زنان مبتلا به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس باید آنتی بیوتیک داخل وریدی دریافت کنند.

شاخص های فرایندی

◦ تعداد زنانی که سزارین داشته و آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کرده اند تقسیم بر کل زنانی که سزارین شده اند.
 ◦ تعداد زنان مبتلا به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس که آنتی بیوتیک داخل وریدی دریافت کرده اند تقسیم بر کل زنان مبتلا شده به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس

} پارگی رحم
پارگی رحم در حین لیبر که با لاپاراتومی به تایید رسیده باشد.

بر اساس
مداخلات حیاتی یا استفاده از بخش
مراقبت‌های ویژه (ICU)

- } پذیرش در بخش مراقبتهای ویژه (ICU)
- } مداخلات رادیولوژی
- } لاپاراتومی (مانند هیستریکتومی و به جز سزارین)
- } استفاده از فرآوردههای خونی

بر اساس

شرایط تهدیدکننده حیات در
"مادران نزدیک به مرگ"

اختلال قلبی عروقی

- } شوک
- } ایست قلبی (عدم وجود نبض / ضربان قلب و از دست دادن هوشیاری)،
- } استفاده مستمر از داروهای وازواکتیو
- } احیای قلبی و عروقی
- } اسیدوز شدید (PH کمتر از 7.1)، کاهش شدید خونرسانی (لاکتات بیشتر از 5 میلی مول در لیتر و یا بیشتر از 45 میلی گرم در دسی لیتر)

اختلال عملکرد تنفسی

- } سیانوز حاد
- } نفس نفس زدن
- } تاکی پنه شدید (بیش از 40 تنفس در دقیقه)
- } برادیکاردی شدید (کمتر از 6 تنفس در دقیقه)
- } لوله گذاری و ونتیلاسیون غیر مرتبط به بیهوشی
- } هیپوکسی شدید (اشباع اکسیژن کمتر از 90 درصد در مدت 60 دقیقه و یا PAO_2/FiO_2 کمتر از 200)
- } O_2 Saturation

اختلالات کلیوی

- { الیگوری که به دیورتیک و یا مایع درمانی پاسخ نمیدهد.
- { دیالیز برای نارسائی حاد کلیه
- { ازتمی حاد و شدید (کراتینین مساوی یا بیشتر از 300 میکرومول بر میلی گرم و یا مساوی یا بیشتر از 3.5 میلیگرم بر دسی لیتر)

اختلالات خونی و انعقادی

- { اختلال در تشکیل لخته (clot formation)،
- { تزریق خون با حجم زیاد (از خون و یا گلبول قرمز (مساوی یا بیشتر از 5 واحد)
- { ترومبوسیتوپنی شدید حاد (پلاکت کمتر از 50000 در میلی لیتر)

اختلالات عملکرد کبدی

- } زردی در حضور پره اکلامپسی
- } زردی شدید و حاد (بیلی روبین بیشتر از 100 میکرومول در لیتر و یا بیش از 6.0 میلی گرم در دسی لیتر)

اختلال عملکرد مغز و اعصاب

- } بیهوشی طولانی مدت (مساوی یا بیش از 12 ساعت)
- } کما (از جمله کما متابولیک)
- } سکتة مغزی
- } صرع غیر قابل کنترل (status epilepticus)
- } فلج کامل

اختلال عملکرد رحم

} هیستریکتومی بدلیل خونریزی و یا عفونت پیشرونده رحمی

نحوه اجرا و شاخص های برنامه



دکتر مهرا ن دخت عابدینی
کارشناس برنامه در اداره سلامت مادران

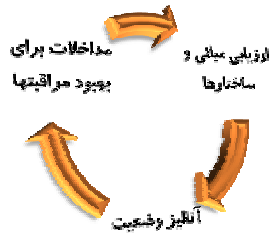
معرفی کتاب موریدیتی



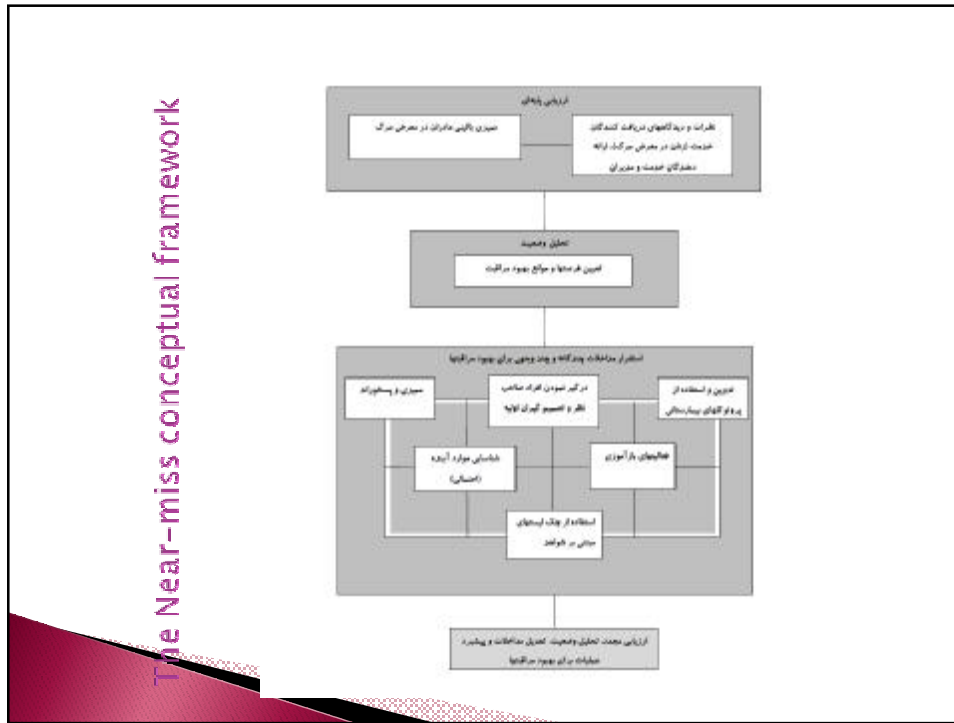
- } این مجموعه شامل
- § راهنمای نحوه تکمیل فرم
- § نحوه ورود داده ها در سامانه
- § نحوه استفاده از پروتوکل های بیمارستانی
- § دستورالعمل های عملیاتی
- § واژه نامه
- § نحوه شناسایی افراد واجد شرایط
- § نقش بخش های ویژه
- § چگونگی بازیابی اطلاعات مورد نیاز
- § از پرونده ها و کارکنان بیمارستانی

رویکرد سه مرحله ای مادران نزدیک به مرگ

} سازمان جهانی بهداشت برای کاهش موارد " مادران نزدیک به مرگ " پیشنهاد می کند دارای یک چرخه سه مرحله ای می باشد:



- } ارزیابی مبانی و ساختارها
- } آنالیز وضعیت
- } تدوین و اجرای مداخلات
- } برای بهبود ارائه خدمت



استقرار مداخلات چند گانه و چند وجهی برای بهبود مراقبتها

- } تعیین فرصتها و موانع بهبود مراقبت
- } ممیزی و پسخواند توسط تیم موربیدیتی
- } تدوین و استفاده از پروتوکلهای بیمارستانی
- } درگیر نمودن افراد صاحب نظر و تصمیم گیران اولیه در تدوین مداخلات
- } تعیین سرفصلها و موضوعات و فعالیتهای آموزشی و بازآموزی
- } استفاده از چک لیستهای مبتنی بر شواهد
- } شناسایی موارد آینده (احتمالی)

شناسایی زنان واجد شرایط کلید موفقیت در اجرای رویکرد و مدیریت موارد موربیدیتی شدید است.

تدوین و طراحی برنامه کامل و دقیق برای تمام مراکز ارائه خدمت (شامل بیمارستان، مطب، تسهیلات زایمانی)

تخمین تعداد زنان واجد شرایط

تعداد زایمانها	1000	2000	4000	10000
تعداد مورد انتظار زنان واجد شرایط	37 (15-75)	75 (37-300)	150 (75-300)	375 (187-750)
تعداد مورد انتظار زنان با پیامد شدید مادری	7 (3-15)	15 (7-30)	30 (15-60)	75 (37-150)

شناسایی زنان واجد شرایط

در مراکز سطح دو و سه

موارد از طریق واحدهای دیده بان (Sentinel units) گزارش می شوند. واحدهای دیده بان به واحدهای کلیدی فراهم کننده مراقبت های اصلی برای مادران با عوارض شدید بارداری اشاره دارد. (برای مثال بخش مادران پرخطر، واحد مراقبت های ویژه، ریکاوری، اتاق عمل، اورژانس، بانک خون، واحد مراقبت پس از سقط یا پس از زایمان و غیره).

شناسایی تمام زنان واجد شرایط می تواند از طریق یک برنامه سرکشی مداوم (ترجیحاً راند های روزانه) از واحدهای دیده بان توسط اعضای تیم یا دیگر افراد انجام شود.

شناسایی زنان واجد شرایط

در مراکز سطح یک و مراکز کوچکتر ارائه خدمات نصب اطلاعیه هایی در مورد موربیدیتی های شدید و اهمیت شناسایی زنان واجد شرایط یکی از اقدامات لازم است. در این راستا استفاده از یادآورها (مانند چک لیست های پرونده پزشکی) و چارتهای دیواری (حاوی اطلاعات و معیارهای ورود به برنامه) مفید است.

شناسایی زنان واجد شرایط

توسط فوکال پوینت ها (مسوولین ثبت اطلاعات عوارض شدید بارداری) لیستی از افرادی که میتوانند زنان واجد شرایط را شناسایی نمایند تهیه گردد.

حتی در سردخانه های بیمارستانهای بزرگ، همه زنان فوت شده که در سنین باروری هستند باید مورد توجه قرار بگیرند. این کار میتواند به تشخیص موارد مرگ مادر که در سایر بخشها به جز زنان و زایمان رخ داده است کمک کند.

جمع آوری اطلاعات

اطلاعات از پرونده بیماران استخراج می شود که شامل زمان وقوع، عوارض بارداری، نتیجه عوارض، استفاده از مداخلات حیاتی و بستری در بخش مراقبتهای ویژه می باشد.

در طی فرآیند تمام تاریخها و وقایع کلیدی نظیر پی گیری فرآیند ارجاع، وضعیت بیمار در بدو ورود به مرکز، وضعیت وی قبل، حین و بعد از زایمان، روش زایمان، پیامد بارداری، تاریخچه پزشکی و علل زمینه ای منجر به عوارض شدید مادری باید به دقت ثبت گردد.

اطلاعات جمع آوری شده از هر یک از بیمارستانها شامل تعداد کل زایمانها و تعداد کل تولد زنده در طول دوره زمانی جمع آوری داده ها است. داده های توصیفی در هر مرکز (برای مثال سطوح مراقبت، اطلاعات در مورد حوزه تحت پوشش و اطلاعات ضروری در مورد منابع موجود) باید مستند شود.

جمع آوری اطلاعات

پس از جمع آوری داده ها و به منظور افزایش دقت و شناسایی موارد از قلم افتاده لازم است داده ها چک شده و سپس وارد نرم افزار پایگاه داده شود.

برای کاهش اشتباهات تایپی داده ها باید دو بار چک شود.

در گزارش تهیه شده از رخدادهای باید اطلاعاتی که در حین ارزیابی به دست می آید به طور محرمانه حفظ شود. این اطلاعات شامل مواردی نظیر کد ملی زن، نام و دیگر اطلاعات محرمانه است. گزارش تهیه شده از رخدادهای باید در یک مکان امن نگهداری شود و در صورت نیاز به چک داده ها امکان شناسایی سوابق وجود داشته باشد.

جمع آوری اطلاعات

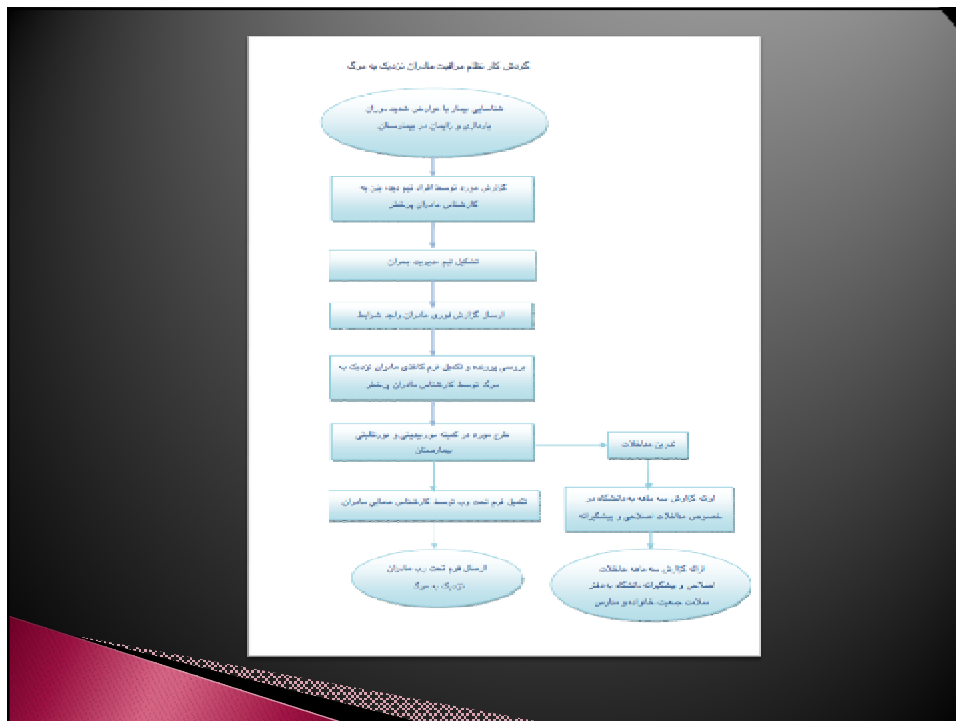
اشتباهات در ثبت داده ها باید به سرعت شناسایی و تصحیح شود.

توصیه می شود کنترل تصادفی و متناوب اطلاعات وارد شده برای 5 درصد داده ها انجام شود این کار شامل استخراج مجدد و کنترل اطلاعات وارد شده است. افراد مسئول جمع آوری و ورود داده ها باید گزارش تهیه شده از رخدادهای را با مشکلات موجود مستند کنند. محتویات این گزارش باید به صورت دوره ای و توسط کسانی که مسئول کیفیت مراقبت در بیمارستان هستند مورد بحث قرار گیرد.

<http://www.iman.health.gov.ir/sites/1394/94/Forms/AllItems.aspx>

بررسی موارد مادران نزدیک به مرگ

- } استفاده از ساختارهای موجود و یا در صورت لزوم، ایجاد ساختارهای جدید برای استقرار رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" می تواند تغییر ایجاد کند و در دراز مدت زمینه ایجاد اقدامات و بهبود کیفیت را فراهم کند.
- } کمیته عوارض شدید، کمیته مرگ و میر مادران و یا دیگر گروه های مشابه، جایگاه ایده آلی برای اجرای این روش در مراکز درمانی می باشند.
- } لازم است فردی به عنوان مسئول هماهنگی که همه فعالیت های مربوط به اجرای این رویکرد را در سطح بیمارستان پی گیری کند وجود داشته باشد. فرد منصوب شده برای اجرای این رویکرد دانش بالینی خوبی از عوارض شدید مادری داشته و همچنین باید ظرفیت رهبری و ایجاد انگیزش در کارکنان بیمارستان را برای تغییر روش داشته باشد.



» شاخص های برنامه

شاخصها

{ شیوع پیامد شدید مادری شاخصی است که استفاده می شود یعنی:

مرگ و میر مادران + موارد نزدیک به مرگ
تعداد زنان زایمان کرده در یک دوره زمانی

انتظار می رود شیوع آن حدود 7/5 مورد به ازای یک هزار زایمان باشد

شاخصها

- } بر اساس آمار WHO، به دست آوردن نمونه هایی که حاوی حداقل 20 مورد پیامد شدید مادری به ازای یک هزار زایمان باشد مطلوب فرض می شود.
- } از نمونه گیری با سایز کوچکتر باید اجتناب شود چون ممکن است نتایج دقیقی بدست نیاید.
- } گرچه ارزیابی کیفیت خدمات و بهبود آن در یک چرخه سالیانه مطلوب است ولی آنچه از شما انتظار می رود پس از ارزیابی اولیه، جمع آوری داده ها همزمان با اجرای مداخلات بهبود کیفیت مداوماً انجام شود. نکته مهم این است که، **ارزیابی اولیه نباید پایان یابد** زیرا به خودی خود گام های اولیه در جهت تقویت نظام سلامت و بهبود کیفیت مراقبت را ایجاد می کند.

شاخصها

- اطلاعات به دست آمده از زنان نزدیک به مرگ، ارائه دهندگان مراقبت و مدیران باید اجزایی از ممیزی بالینی مبتنی بر شاخص مادران نزدیک به مرگ باشد.

تعاریف شاخصها

مادران نزدیک به مرگ (Maternal near-miss (MNM): منظور زنانی است که به علت عوارض بارداری، زایمان و تا 42 روز پس از ختم بارداری تا نزدیکی مرگ رفته اما نجات یافته اند.

پیامد شدید مادری (Severe maternal outcome): اشاره به یک وضعیت تهدید کننده حیات (یعنی اختلال عملکرد اعضای بدن دارد و شامل مرگ و میر مادران + موارد نزدیک به مرگ است.

تعاریف شاخصها

مادران در معرض تهدید زندگی
مجموع (Women with life threatening conditions) (WLTC): موارد "مادران نزدیک به مرگ" و مرگ مادری است.
(MD + MNM = WLTC)

نسبت پیامد شدید مادری
Severe maternal outcome ratio (SMOR)
عبارتست از نسبت پیامد شدید مادری به تعدادی از زنان که با شرایط تهدید زندگی مواجه هستند (MD + MNM) در هر 1000 تولد زنده (LB).

این شاخص برآوردی از میزان مراقبت و منابع مورد نیاز در یک منطقه را نشان می‌دهد.

تعاریف شاخصها

نسبت مادران نزدیک به مرگ به مادران فوت شده }
Maternal near-miss mortality ratio: نسبت مادران نزدیک
به مرگ به مادران فوت شده (MNMM: 1 MD). هر چه این
نسبت بزرگتر باشد نشان از مراقبت بهتر دارد.

شاخصهای پیامد پری ناتال **Perinatal outcome indicators**:
به طور مثال مرگ و میر پری ناتال، مرگ و میر نوزادی و میزان
مرگ داخل رحمی جنین) در زمینه مادران " نزدیک به مرگ " هم
می تواند متمم مفیدی برای سایر شاخص ها در ارزیابی کیفیت
ارائه خدمات باشد.

فرم ۶ [meeting\فرم ۶.docx](#)

فرم ۷ [meeting\فرم ۷.docx](#)

فرم ۸ [meeting\فرم ۸.docx](#)

بر آورد قابل اعتمادی از مرگ و میر مادران در یک منطقه جغرافیایی (به عنوان مثال منطقه) در طول یک دوره زمانی خاص به احتمال زیاد بسته به میزان مرگ و میر مادران در خارج از بیمارستان در ممیزی بالینی، به چالش کشیده میشود.

در مقابل، تعیین نسبت زنان مبتلا به عوارض شدید مادری که به مرکز خدمات درمانی میرسند امکان پذیر است و اطلاعات را در مورد وقوع تاخیر اولیه (تاخیر در تشخیص بیماری به عنوان یک عارضه و تاخیر در درخواست کمک) و وقوع تاخیر ثانویه (تاخیر در رسیدن به یک مرکز خدمات درمانی و تاخیر در تصمیم گیری برای دریافت مراقبت) در منطقه بهداشتی و درمانی فراهم می کند.

انتظار می رود بار شناسایی موارد و جمع آوری داده ها در سطح یک ارائه خدمت در منطقه تحت ارزیابی در حداقل باشد. چرا که زنان با عوارض شدید به احتمال زیاد در بیمارستانها مشاهده می شوند.

با این حال، سطح یک در ارجاع به سطوح بالاتر درگیر خواهد بود و ثبت لیستی از واجدین شرایطی که ارجاع شده اند، برای ارزیابی نیازها در سطح یک ارائه خدمت کمک می کند. به عنوان مثال، پرستار یا ارائه دهنده خدمت در شیفت یک مرکز سطح یک ارائه خدمت می تواند برای ثبت در دفتر گزارش رخدادهای مربوط به واجدین شرایط در نظر گرفته شود. اگر استراتژی بالا اجرا شود، کارکنان بیمارستان باید در مورد بیمارانی که پتانسیل ابتلا به عوارض شدید را دارند و در دفتر ثبت شده اند به این پرستار هشدار دهند و نیز هماهنگ کننده باید به صورت هفتگی دفتر گزارش را بررسی کند.

با تشکر از توجه شما بزرگواران
لطفا نظرات خود را مکتوب ارائه فرمایید
موید باشید

} در ایجاد رویکرد در یک منطقه فرض باید بر این باشد که در جامعه، زنانی که اختلال عملکرد حاد ارگان را حین بارداری و زایمان تجربه کرده اند و یا در طی حداقل بازه زمانی مشخص، قادر به رسیدن به یک مرکز خدمات درمانی نباشند زنده نخواهد ماند (یعنی میزان بقا به احتمال زیاد کمتر از 5٪ است).
} بر اساس این فرض، کیفیت مراقبت مبتنی بر جامعه می تواند از طریق تعداد مرگ و میر مادران در جامعه (خارج از بیمارستان) و نسبت زنانی که با عوارض شدید مادری به مرکز خدمات درمانی رسیده اند مورد بررسی قرار می گیرد.

} اجرای رویکرد در بیمارستان منتخب می تواند مدیران سیستم بهداشتی را در مورد کیفیت مراقبت های ارائه شده در سطح شبکه (به عنوان یک زیر مجموعه از کل سیستم بهداشت و درمان) مطلع نماید. اجرا این کاردر یک بیمارستان منتخب ممکن است ساده تر باشد. همچنین می تواند اولین گام در جهت اجرای تدریجی - مرحله ای این رویکرد در سایر قسمتهای نظام سلامت باشد.

نحوه تکمیل فرم و ورود اطلاعات در سامانه

مرضیه بخشنده
کارشناس برنامه