



مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

Vali-e-Asr Reproductive Health Research Center
Tehran University of Medical Sciences (T.U.M.S)



دستورالعمل بخش ناباروری

بیمارستان ولیعصر در دوران پاندمی کرونا

به روز رسانی شده: ۱۳۹۹/۰۶/۲۳

با توجه به کاهش موارد جدید بیماری کووید ۱۹ و لزوم انجام اقدامات کمک باروری در بیماران خاص دستورالعمل زیر جهت از سرگیری مجدد اقدامات کمک باروری در بخش ارائه می گردد.

بخش اول: اقدامات محافظتی پرسنل

۱. کلیه پرسنل شاغل در درمانگاه ناباروری موظف به داشتن تجهیزات محافظت فردی (PPE) شامل ماسک، شیلد و دستکش هستند.
۲. کلیه پرسنل به صورت هفتگی با پرسشنامه پیوست از نظر وجود علائم بیماری تریاژ شده در صورت وجود هرگونه علائم مشکوک پرسنل مذکور جهت ویزیت به تریاژ تنفسی معرفی می گردند.
۳. پرسنل موظف هستند موارد مربوط به فاصله گذاری اجتماعی اعم از مشخص نمودن محل نشستن بیماران و حفظ فاصله مناسب بین بیمار و پرسنل و اقدامات مربوط به تریاژ بیماران را در کلینیک رعایت کنند.
۴. صفحه محافظ برای کارکنان پذیرش تهیه شود.
۵. طراحی مجدد اتاق های انتظار و فضاهای کار برای تضمین فاصله گذاری مناسب انجام شود. (بیماران به جای درمانگاه در حیات بیمارستان در انتظار باشند)
- ۶- مشخص نمودن پرسنل در معرض ریسک بالا (دیابت ، بیماریهای تنفسی ، مشکلات قلبی عروقی ، ...) و به تعویق انداختن شروع به کار آنها تا زمان کاهش ریسک ابتلا به بیماری
- ۷- شاغلین در مرکز به محض ابتلا به بیماری کووید ۱۹ بایستی مرکز را مطلع نمایند .

بخش دوم : تریاژ بیماران

۱. با استفاده از پرسشنامه ای که در پیوست آمده است بیماران در اولویت اقدامات کمک باروری در صورت امکان انجام شود و در صورت نبود علائم خطر به بیمار نوبت مراجعه به کلینیک به بیمار داده می شود.
۲. در هنگام مراجعه حضوری مجدداً تریاژ به صورت حضوری انجام و درجه حرارت بیمار در بدو ورود سنجیده می شود در صورت عدم وجود نکته مثبت بیمار وارد و در غیر این صورت جهت ویزیت به تریاژ تنفسی ارجاع می شود.
۳. جهت حفظ فاصله گذاری اجتماعی و جلوگیری از ازدحام بیماران در درمانگاه حضور بیماران در ساعت مشخص و به نوبت صورت می گیرد.
۴. بیماران باید آیین نامه رفتاری را امضا و رعایت کنند.

بخش سوم: اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و همسرش

کلیه بیماران قبل از ورود به سیکل درمان موظف به امضای رضایت نامه آگاهانه هستند :

اینجانب..... فرزند..... اعلام می دارم که در مورد کلیه موارد مندرج در این برگه به اینجانب توضیح کافی داده شده و با پذیرش

کلیه موارد زیر رضایت خود را برای شروع درمان اعلام می دارم:

۱. پیشنهاد شروع درمان یا تعویق آن به اینجانب داده شد و با توجه به کلیه شرایط من شروع درمان و انتخاب کردم.
۲. با توجه به دوره نهفته و بدون علامت این بیماری که حدود دوهفته است می دانم که نداشتن علائم بیماری به معنای عدم ابتلا به بیماری نیست و ابتلای احتمالی اینجانب به بیماری کووید ۱۹ ارتباط قطعی با شروع درمان ندارد و ممکن است در زمان و محل دیگر اتفاق افتاده باشد.
۳. ممکن است در صورت ابتلا یا شک به ابتلا، سیکل درمان اینجانب در حین یا انتهای درمان با توجه به صلاحدید پزشکان کنسل شود. ممکن است که حین درمان ناباروری نیاز به انجام بررسی های تشخیصی بیشتر باشد.
۴. با توجه به شرایط فعلی و ناشناخته بودن اثر ویروس بر بارداری، انتقال جنین برحسب رضایت بیمار و همسرش انجام می گیرد .
- ۵- اگر در حین درمان مقامات بهداشتی اعلام کنند که شرایط بحرانی پیش آمده و تمامی اقدامات درمانی باید متوقف شود ، سیکل درمانی من هم متوقف خواهد شد.
- ۶- حین درمان ورفت و آمد به کلینیک ممکن است که من در تماس با افراد مبتلا قرارگیرم .
- ۷- از آنجایی که می دانم اگر در حال حاضر در سیکل قرار نگیرم احتمال کاهش ذخایر و پاسخ تخمدانی خواهم داشت ، در این سیکل قرار می گیرم
- ۸- متعهد می شوم در طی درمان ، حداقل روابط با افراد دیگر خانواده و جامعه را داشته باشم .
- ۹- در صورت بارداری و ابتلا به کرونا مسئولیت عوارض احتمالی ناشی از اثرات کرونا بر بارداری را به عهده می گیرم .

امضای بیمار

امضای همسر بیمار

بخش چهارم: پروتکل کلینیک نازایی

اولویت شروع درمان با موارد زیر است:

الف: بیمارانی که به علت شیمی درمانی یا رادیوتراپی نیاز به حفظ اورژانسی ناباروری دارند.

ب: در صورت رضایت بیمار سیکل ها قابل شروع می باشد .

۲. بیماران پرخطر شامل دیابت، HTN، درمان های سرکوب گر ایمنی، بیماران پیوندی، ریوی، کبدی و کلیوی به طور اخص پس از

انجام مشاوره های مدیکال و پزشکی قانونی وارد سیکل می شوند.

۳. پروتکل درمانی تمام بیماران آنتاگونیست باشد و حتما از تریگر GnRH استفاده شود.

۴. همه سیکل ها به صورت ICSI انجام شود نه IVF.

۵. جراحی ناباروری مردان فعلاً توصیه نمی شود. (مجدداً با دکتر امینی صحبت شود)

۶. پرسشنامه مربوط به تریاژ بیماری در هر ویزیت انجام شود. اگر بیماری در سیکل تحریک تخمک گذاری دچار علائم کووید شد

گنادوتروپین قطع و آنتاگونیست ادامه داده شود و برای پرهیز از خطر چندقلویی از نزدیکی پرهیز شود.

۷. درمان تحریک تخمک گذاری برای IUI در صورت اندیکاسیون پس از غربالگری از نظر کووید -۱۹ و اخذ رضایت انجام شود .

۸. تعداد مراجعات برای مانیتورینگ سیکل به حداقل برسد.

۹- بیماران کاندید سیکل های دارویی و IUI نیز پس از تریاژ و تکمیل فرم خود اظهاری ، رضایت نامه انجام CBC diff ، CRP قبل

از سیکل و سپس روز تریگر HCG انجام شود در صورت مشکوک بودن موارد فوق درمان قطع گردد.

۱۰- پزشک غربالگری کووید ۱۹ پزشک عمومی ، متخصص بیهوشی ، متخصص عفونی یا متخصص داخلی است و معاینه

بالینی توسط پزشک غربالگری تواند انجام شود .

بخش پنجم: اتاق عمل IVF

۱. حداقل تعداد پرسنل در اتاق حضور داشته باشند .

۲. در زمان OPU چون احتمال تماس با مایعات بیولوژیک زیاد است استفاده از کلاه، گان ضد آب، ماسک و دستکش ضروری است.

۳. توجه به ضرورت استریل کردن آزمایشگاه حداکثر در هر روز برای دو عدد پانکچر برنامه‌ریزی صورت گیرد .

بخش ششم: آزمایشگاه جنین شناسی

۱. پاسخگویی به سوالات بیماران از طریق تلفن یا صوتی تصویری باشد. (پیگیری افراد صاحب جنین ، تخمک یا اسپرم فریز شده به صورت

هر هفته تا ۱۵ روز از نظراحتمال نمونه گیری در دوره کمون بیماری)

۲- غربالگری تمام پرسنل آزمایشگاه به صورت روزانه از نظر حضور علائم بیماری بررسی شود واز حضور افراد مشکوک به آلودگی در محیط

آزمایشگاه تا زمان احراز تاییدیه کتبی سلامت ویا پایان دوره بیماری ممانعت به عمل آید .

۳- شستن مکرر دستها به مدت ۲۰ ثانیه با استفاده از شوینده های صابونی قبل وبعد از انجام کارهای درمانی انجام شود .

لباس استریل آزمایشگاه در اتاق تعویض لباس قبل از ورود به محوطه اصلی آزمایشگاه پوشیده شود وپس از انجام شیفت تعویض گردد. پس از

هر شیفت کاری شستشو و ضد عفونی لباس آزمایشگاه با توجه به روش های عملیاتی استاندارد (SOP) تعریف شده ، صورت پذیرد.

۴- فاصله گذاری بین پرسنل آزمایشگاه باید کاملاً رعایت شود . از جابجایی های غیر ضروری قسمت های مختلف آزمایشگاه پرهیز شود .

۵. با توجه به اینکه مطالعه در زمینه انتقال کرونا در داخل تانک ازت انجام نشده است . لذا کلیه فریز های اسپرم تخمک و جنین نیاز به

تانک جدید ازت جهت فریز دارد.

۶. بین فضای تخمک‌گیری با سایر فضاهای آزمایشگاه فاصله‌گذاری مناسب صورت گیرد.

۷. تمام کارکنان باید از دستکش ، ماسک ، شیلد ، عینک و پوشش های کامل یک بار مصرف برای هر بیمار استفاده کنند.

۸. برای به حداقل رساندن میزان آلودگی ورود و خروج افراد متفرقه ممنوع است.

۹. استفاده از پیمپت دهانی در آزمایشگاه ممنوع می باشد و باید از پیمپت دستی (stripper) استفاده گردد. اندازه این پیمپت ها در سایز های

مختلف ۱۴۰، ۱۷۰ و ۳۰۰ میکرومتری می باشد تا تمام فعالیتها از جمله برداشت کمپلکس تخمک ، کومولوس (COC) / دندودیشن و

...قابلیت انجام داشته باشد.

۱۰. یک نیروی خدماتی ثابت با رعایت کامل اصول بهداشتی برای انجام کارهای نظافت و شارژ تانک های ازت و ... در آزمایشگاه وجود داشته

باشد.

۱۱. تمام مراحل کار با تخمک و اسپرم باید زیر هود انجام شود.

۱۲. بعد از اتمام کار تمام سطوح باید در ابتدا وانتهای شیفت کار و همچنین بین عمل های جراحی تشخیصی و درمانی با محلول هیدروژن

پراکسید ، سوپراکسید ، ترکیبات آمونیوم چهارگانه ضد عفونی شود.

- ۱۳- هر مرکز می بایست برای دفع ترشحات مایع فولیکولی و منی و کاهش احتمال آلودگی محیط و پرسنل آزمایشگاه پروتکل داخلی مشخص داشته باشد. (نصب بر روی دیوار بیرون آزمایشگاه)
- ۱۴- عدم تداخل زمان انجام آزمایشات آندرولوژی و جنین شناسی ، قطعا در بعضی از مراکز لازم است برای اجرای این امر برنامه ریزی شود .
- ۱۵- ضد عفونی اتاق نمونه گیری مردان بین دفعات نمونه گیری و لزوم رعایت فاصله فیزیکی و جلوگیری از تجمع افراد در مقابل درب این اتاق
- ۱۶- برای جلوگیری از ایجاد آبروسل برای شستشو و آماده سازی اسپرم می توان از تکنیک density gradient استفاده نمود .
- ۱۷- اتانول (تا حد امکان استفاده نشود ، در صورت استفاده فقط به ابتدا و انتهای شیفت کاری محدود شود) .
- ۱۸- تمامی بسته های دریافتی مواد مصرفی باید در خارج از محیط آزمایشگاه با استفاده از هیدروژن پراکسید ضد عفونی شده و سپس محتویات بسته ها به داخل آزمایشگاه جنین شناسی منتقل گردد.
- ۱۹- روشهای نظافت و ضد عفونی داخل تانک های ذخیره قبل از استفاده مجدد:
- استفاده از محلول های شوینده فاقد قابلیت واکنش با آلومینیوم و استیل ضد زنگ
 - محلول های صابونی ، کلرین ۱۰ درصد ، هیدروژن پراکسید
- روشهای انجام ضد عفونی نیتروژن مایع تانک ذخیره قبل از استفاده : UV به منظور استریل نمودن نیتروژن مایع (سیستم هایی به صورت تجاری در دسترس است) .
- ۲۰- استفاده از سیستم های بسته به منظور فریز
- ۲۱- ممنوعیت انتقال جنین ، تخمک و اسپرم از یک مرکز به مرکز دیگر به علت دشواری در استریل نمودن نیتروژن مایع و نیز امکان نفوذ ویروس در اثر جابجایی از بدنه تانک به داخل آن
- ۲۲- تامین و ایجاد تمهیداتی برای حفظ شرایط مناسب ارائه خدمات آزمایشگاه ART برای کاهش خطر انتشار و انتقال آلودگی و ویروسی
- ۲۳- مسئولیت حفظ استاندارد های انتقال جنین ، تخمک و اسپرم از یک مرکز به مرکز دیگر بر عهده مرکز گیرنده (متقاضی انتقال) است و در خصوص هرگونه آلودگی و آسیب به نمونه مسئولیت متوجه مرکز گیرنده نمونه خواهد بود .

پیوست (۱)

فرم غربالگری اولیه بیماران قبل از انجام جراحی الکتیو ضروری جهت احتمال ابتلا به کرونا

نام و نام خانوادگی : سن : نوع جراحی : حاملگی فعلی

بیماری زمینه ای :

دیابت نقص ایمنی شامل : پیوند کموتراپی / واسکولیت / داروهای ایمنوساپرسیو / چاقی مفرط
بیماری : قلبی - هیپرتانسیون / ریوی / کلیوی / دستگاه عصبی / کبدی / تیروئید

سابقه مسافرت در ۱۴ روز اخیر: مصرف سیگار و مواد مخدر:

ابتلای اخیر به کرونا تاریخ شروع علائم :

سابقه بستری به علت کرونا تاریخ بستری : تاریخ ترخیص :

مواجهه اخیر به بیمار مبتلا یا مشکوک به کرونا تاریخ مواجهه :

علائم بالینی :

تب سرفه تنگی نفس احساس سنگینی قفسه صدری خستگی / ضعف وبی حالی
بی اشتها آرتراژی / میالژی / کمردرد سوزش / خارش / گلودرد احتقان / سوزش بینی
اختلال حس بویایی / چشایی علائم گوارشی سایر موارد :

سردرد احساس لرز آبریزش بینی واضح و عطسه های مکرر

معاینه : PR: T: RR: SO2:

سمع ریه :

پاراکلینیک :

CBC:

CRP:

CXR: