

مقدمه دفتر سلامت خانواده و جمعیت

ارتقای کیفیت برنامه ها، فعالیت ها و خدمات سلامت باروری، از اصولی است که باید همواره مورد توجه قرار گیرد. این ارتقای کیفیت در اولین گام جلب رضایت گیرنده خدمت را که اصلی ترین فرد در خدمات سلامت باروری است به دنبال داشته و همراه با خود رضایت آرایه دهنده خدمت را ایجاد خواهد نمود. افزایش رضایت آرایه دهنده و گیرنده خدمت نیز سبب افزایش پوشش برنامه ها و ارتقای کمیت خدمت خواهد شد.

فرم های مراقبت خدمات سلامت باروری و تنظیم خانواده از اجزای مهم خدمت است که می تواند در ارتقای کیفیت خدمت تاثیرگذار باشد. در همین راستا، همکاران من در اداره تنظیم خانواده و جمعیت، با همکاری اکثریت قریب به اتفاق مدیران و کارشناسان برنامه های سلامت خانواده/ تنظیم خانواده دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، فرم های جدیدی را که برای مراقبت های مربوطه تهیه شده بود، نهایی نموده اند. این فرم ها و راهنمای تکمیل آنها با پشت سر گذاشتن مراحل مختلف، از جمله مرحله آزمایشی به مدت ششماه و در ده شهرستان از ده دانشگاه علوم پزشکی، در حال حاضر آماده چاپ شده اند تا برای اولین بار با گستردگی کشوری مورد استفاده قرار گیرند. امید است با بهره گیری صورت گرفته از تجربیات به دست آمده از مرحله پایلوت و حجم عظیم پسخورندهای دریافتی از دانشگاه ها، گسترش کشوری برنامه از موفقیت خاص خود برخوردار باشد.

از همکاران خود در اداره تنظیم خانواده و جمعیت و همه همکاران سلامت خانواده/ تنظیم خانواده سراسر کشور که نهایت همکاری را در مراحل مختلف تدوین این فرم ها با این عزیزان داشته اند، سپاسگزارم.

دکتر محمدمیر امیرخانی

مدیرکل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

مقدمه اداره تنظیم خانواده

با توجه به نیاز دانشگاه های علوم پزشکی و تغییر دستورالعمل های ارایه خدمات تنظیم خانواده، پیش نویس فرم های جدید تنظیم خانواده و دستورالعمل مربوطه تهیه شد و ضمن اجرای مرحله آزمایشی به مدت تقریبی شش ماه در ده شهرستان از ده دانشگاه علوم پزشکی کشور (آذربایجان شرقی، اردبیل، اصفهان، بیرجند، زنجان، کردستان، کرمان، کرمانشاه، هرمزگان و یزد)، این مجموعه برای بررسی و اظهار نظر به همه واحدهای بهداشت خانواده دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور ارسال شد.

دریافت پسخوراند از معاونت های محترم بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی خوزستان، اردبیل، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، قم، گلستان، همدان، کاشان، کرمان، لرستان، گیلان، مازندران، سمنان، شهید بهشتی، آذربایجان شرقی، تهران، زابل، سیستان و بلوچستان، قزوین و ایران به موازات انجام مرحله آزمایشی، این اداره را با حجم بالایی از پیشنهادهای گوناگون درباره تغییر این فرم ها روبرو ساخت.

برای بهره گیری از همه پیشنهادهای دریافتی، نقطه نظرهای دانشگاه ها بطور کامل جمع بندی و دسته بندی شد و مورد به مورد در کنار نتایج مرحله آزمایشی در یک کارگاه سه روزه (۲۰-۱۸ خرداد ۱۳۸۸)، با شرکت کارشناسان و مسولین برنامه های سلامت خانواده/ تنظیم خانواده دانشگاه های همکار در بررسی آزمایشی و دانشگاه های ارسال کننده پسخوراند، در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همدان مورد بررسی قرار گرفت. مجموعه ای که هم اکنون در مقابل شما قرار دارد، حاصل بررسی آزمایشی، پسخوراند های دریافت شده از دانشگاه ها و نشست کارگاهی یاد شده است. نهایت کوشش صورت گرفته است که محتویات این مجموعه با آخرین دستورالعمل های روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۸) هماهنگ باشد تا نیاز به تغییرات بیشتر را به حداقل کاهش دهد.

علیرغم موارد یاد شده، تغییرات دوره ای در این کتاب اجتناب ناپذیر بوده و مانند هر مجموعه دیگری در آغاز کار کاستی های خود را با سرعت بیشتری آشکار خواهد نمود. بدیهی است که این اداره آماده دریافت پیشنهادهای همه کارشناسان و صاحب نظران، مستند به یافته های علمی، دستورالعمل ها و مشکلات اجرایی استفاده از این فرم ها و راهنمای مربوطه خواهد بود.

این پیشنهاد ها و دیدگاه ها خزانه بسیار با ارزشی در به روز و عملی و اجرایی نگهداشتن اصول ارایه خدمت خواهد بود. اداره تنظیم خانواده و جمعیت از هم اکنون تشکر خود را از همه همکارانی که نقطه نظرهای خود را به این اداره ارسال خواهند نمود، اعلام می دارد.

امید است این حرکت نیز گامی به پیش در راستای ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده و سلامت باروری بوده و جلب رضایت بیشتر گیرندگان و ارایه دهندگان خدمت و بهبود شاخص های برنامه تنظیم خانواده را به دنبال داشته باشد.

دکتر محمد اسلامی

رئیس اداره تنظیم خانواده و جمعیت

راهنمای فرم مشاوره، انتخاب و آغاز استفاده از روش پیشگیری از بارداری:

این فرم فقط یک بار برای همه زوجینی که برای اولین بار مراجعه میکنند تکمیل خواهد شد.

همچنین تکمیل این فرم برای افرادی که در آستانه تغییر روش پیشگیری از بارداری هستند (فقط برای یک بار)، انجام خواهد شد.

دیگر مورد تکمیل این فرم، تغییر شرایط جدول الف است. در این صورت فرم قبلی به عنوان سابقه نگهداری خواهد شد.

بدیهی است که در سطح اول خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی مد نظر هستند. در صورت عدم وجود پایگاه بهداشتی وابسته در مراکز بهداشتی و درمانی شهری،

تکمیل این فرم در مرکز بهداشتی و درمانی شهری انجام خواهد شد.

مشاوره، انتخاب و آغاز استفاده از روش پیشگیری از بارداری

الف- شرایط عمومی مراجعه کننده:

		تعداد فرزند
خیر	بلی	کمتر از ۱۸ سال یا بیشتر از ۳۵ سال دارد؟
خیر	بلی	بیش از ۴ بارداری داشته است؟
خیر	بلی	از آخرین بارداری او کمتر از سه سال می گذرد؟
خیر	بلی	شک به بارداری
خیر	بلی	بارداری

اگر مراجعه کننده مرد باشد، سن، تعداد بارداری، فاصله بین دو بارداری و در معرض خطر بودن همسر او بر اساس تقسیم بندی ها، مورد توجه قرار می گیرد.

در سوال تعداد بارداری ها، منظور از بارداری، بارداری هایی است که منجر به زایمان یا مرده زایی (ختم زایمان پس از ۲۲ هفته) شده باشد.

در سوال فاصله زمانی از آخرین بارداری، اگر بارداری آخر به تولد زنده منجر شده باشد حداقل انتظار سه سال و اگر بارداری آخر به سقط منجر شده باشد، حداقل انتظار سه ماه است.

در صورت انتخاب پاسخ بلی برای حداقل یکی از پرسش ها، آموزش های لازم و خطرات بارداری احتمالی با تاکید بیشتری به مراجعه کننده آموزش داده می شود.

ب- پاپ اسمیر برپایه دستورالعمل کشوری (سطح دوم):

نوبت اول	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:
نوبت دوم	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:
نوبت سوم	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:
نوبت چهارم	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:

توضیحات:

برپایه دستورالعمل کشوری پاپ اسمیر، این آزمایش در خانم های ۲۰-۶۵ ساله حداقل یک بار ازدواج کرده انجام می شود. فاصله زمانی انجام این

آزمایش در ۳ سال اول سالی یک بار بوده و در صورت وجود نداشتن هرگونه مشکل پس از آن با فاصله ۳ ساله انجام خواهد شد.

در صورتی که مراجعه کننده پیش از اولین مراجعه پاپ اسمیر را (یک یا چند بار) انجام داده باشد، مشخصات آخرین آزمایش در جدول بالا نوشته

خواهد شد. فقط در صورت انجام پاپ اسمیر بیشتر از یک بار پیش از اولین مراجعه، فاصله زمانی انجام پاپ اسمیرها و هرگونه توضیح لازم در قسمت توضیحات نوشته خواهد شد.

ارجاع برای انجام پاپ اسمیر از خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی و درخواست و نوشتن پاسخ پاپ اسمیر در مرکز بهداشتی و درمانی شهری و

روستایی انجام خواهد شد. بدیهی است در مراکز بهداشتی و درمانی شهری بدون پایگاه، درخواست پاپ اسمیر نیز در مرکز بهداشتی و درمانی شهری

انجام خواهد شد.

پ- آیا مراجعه کننده تاکنون از روش های مطمئن پیشگیری از بارداری استفاده کرده است؟ بلی خیر اگر بلی، نام آخرین روش:

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

منظور از روشهای پیشگیری از بارداری در این سوال استفاده از یکی از روشهای قرص **LD**، قرص **HD**، قرص لاینسترنول، قرص تری فازیک، روش پیشگیری اورژانس از بارداری، آی یو دی، آمپول تزریقی سه ماهه، آمپول تزریقی یک ماهه، کاشتنی ها (نورپلنت ...) کاندوم و وازکنومی می باشد.

ت- اگر مراجعه کننده تاکنون از روش پیشگیری از بارداری استفاده کرده است، تجربیات او با روش استفاده شده چه بوده است؟

رضایت از روش	دلیل قطع:	
عدم رضایت از روش		
ترس از عارضه	عوارض	در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	مایل نبودن به ادامه استفاده	در صورت مایل نبودن علت عدم تمایل:
علت های دیگر:		
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.

ث- از نظر مراجعه کننده روش مناسب پیشگیری از بارداری چه ویژگیهایی باید داشته باشد؟

بله	خیر	نیاز به مراجعه مکرر نداشته باشد.	بله	خیر
بله	خیر	قطع استفاده از آن آسان باشد	بله	خیر
بله	خیر	نظم خونریزی قاعدگی را به هم نزند	بله	خیر
بله	خیر	از عفونت های جنسی و ایدز پیشگیری کند	بله	خیر

موارد برای مراجعه کننده خواننده 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.

- ج- آیا مراجعه کننده می خواهد اطلاعاتی درباره همه روش های پیشگیری از بارداری داشته باشد؟ خیر بله
- چ- اگر پاسخ سوال قبلی بله است، کلیاتی از همه روش های پیشگیری از بارداری برای او توضیح داده شد؟ خیر بله

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.

- ح- اگر پاسخ سوال ج خیر است، آیا مراجعه کننده روشی را در ذهن خود انتخاب کرده است؟ بله نام روش: خیر
- خ- اگر پاسخ سوال قبلی بله است، آیا اطلاعات کلی مراجعه کننده درباره روش مورد نظر صحیح است؟ خیر بله
- منظور از اطلاعات کلی دانستن نام روش، نحوه درست استفاده و عوارض جانبی شایع و یا مهم روش توسط مراجعه کننده است.

- د- آیا مراجعه کننده در این مرحله روشی را برای پیشگیری از بارداری انتخاب کرده است؟ خیر بله
- (اگر پاسخ سوال قبلی خیر است با توضیح مطالب درباره ارتباط سلامت مادر، کودک و خانواده و ارتباط آن با بارداری های ناخواسته و پرخطر و تنظیم خانواده، از مراجعه کننده درخواست خواهد شد تا در اولین فرصت بعدی به واحد ارایه خدمت مراجعه کند).

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

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

- ز- آیا روش انتخاب شده برای مراجعه کننده مناسب است؟ بله 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 پیشگیری از بارداری روشی است که با نیازهای پیشگیری از بارداری فرد تا حد امکان مطابقت داشته، قطعاً هیچکدام از موارد منع مصرف مطلق و ترجیحاً هیچکدام از موارد منع مصرف نسبی برای استفاده از آن روش وجود نداشته باشد. بدیهی است در صورت وجود هرکدام 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.

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

اگر مناسب است، 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.)

س- تاریخ تکمیل فرم

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

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

آی یو دی

الف - بررسی کارشناس مامایی - پزشک - مراجعه اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

اختلالات انعقادی	بلی	خیر	رحم با شکل غیر طبیعی	بلی	خیر	نقص سیستم ایمنی	بلی	خیر
بیماری ویلسون یا حساسیت به مس	بلی	خیر	خونریزی شدید قاعدگی (دفع لخته)	بلی	خیر	آئمی شدید	بلی	خیر
شک به وجود بدخیمی رحم یا سرویکس و یا قطعیت آن	بلی	خیر	سابقه PID راجعه با بستری در بیمارستان	بلی	خیر	سل لگن	بلی	خیر
فیبرومی که اندازه و شکل حفره رحم را تغییر داده باشد	بلی	خیر	درفاصله زمانی درمان و پیگیری مول (حداقل یک سال)	بلی	خیر	خونریزی واژینال بدون علت مشخص	بلی	خیر
سابقه دیسمنوره	بلی	خیر	نداشتن سابقه زایمان	بلی	خیر	سابقه منوراژی	بلی	خیر
داشتن شریک های جنسی متعدد (در زن یا همسر وی)	بلی	خیر	اندومتريت بعد زایمان در سه ماه گذشته	بلی	خیر	ابتلای (اخیر) به STIs یا سابقه آن	بلی	خیر
سابقه PID بدون بستری در بیمارستان	بلی	خیر	سرویسیت و واژینیت درمان نشده	بلی	خیر	سقط عفونی در سه ماه گذشته	بلی	خیر

علامه PID عبارتند از درد، حرکات دردناک سرویکس و حساسیت آدنکس ها. علامت های دیگر مانند **WBC** بالا، تب و ... (لکوره، اروزبون و ترشح

سرویکس) به تنهایی ثابت کننده وجود PID نیست.

ارایه کننده خدمت در سطح دوم کارشناس مامایی (آشنا با مهارت های آی یو دی گذاری) خواهد بود.

تمام موارد نوشته شده در قسمت الف بایستی تکمیل و برای هر مورد، یکی از پاسخهای ((بلی)) یا ((خیر)) انتخاب شود.

اگر پاسخ "بلی" در هر یک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نباید از آی یو دی استفاده کند.

اگر پاسخ "بلی" در هر یک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، بهتر است که مراجعه کننده از آی یو دی استفاده نکند یا استفاده از آن را تا هنگام حل مشکل به

تاخیر بیندازد.

تشخیص بیماری های جدول بالا برپایه سابقه بیماری یا مستندات موجود یا معاینه ها است.

ب - زمان پیشنهادی آی-یو-دی گذاری برای گیرنده خدمت - کارشناس مامایی:

پنج روز اول خونریزی قاعدگی	شش هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین
پنج روز اول پس از سقط غیر عفونی یا کورتاژ زیر ۱۲ هفته	شش هفته بعد از سقط بالای ۱۲ هفته
بعد از شش هفته پس از زایمان (طبیعی - سزارین) در زن شیردهی که قاعدگی او برنگشته است	سایر زمانها (توضیح داده شود)

در برابر زمان پیشنهادی، زمان گذاشتن آی-یو-دی علامت گذاشته شود. در صورت انتخاب سایر زمانها، توضیحات لازم در زیر جدول نوشته شود.

در مورد "شش هفته بعد از سقط بالای ۱۲ هفته"، پیش از آی یو دی گذاری، بررسی های لازم توسط متخصص ضرورت دارد.

در مورد "بعد از شش هفته پس از زایمان (طبیعی - سزارین) در زن شیردهی که قاعدگی او برنگشته است"، انجام **β-hcg** ضروری است.

پ - معاینه لگن (بررسی اندازه، عمق و وضعیت رحم و آدنکس ها) - کارشناس مامایی:

تاریخ معاینه:/...../.....

اندازه رحم	طبیعی	غیر طبیعی	عمق رحم (۹-۶ سانتی متر)	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آی یو دی:
شکل رحم	طبیعی	غیر طبیعی	آیا آی یو دی گذاشته شد؟	بلی	خیر	تاریخ گذاردن آی یو دی:
وضعیت آدنکس ها	طبیعی	غیر طبیعی	مقدار Hgb:			

تمام موارد نوشته شده در قسمت "پ" بایستی تکمیل و برای هر مورد، یکی از پاسخهای طبیعی / غیر طبیعی یا بلی / خیر انتخاب شود.

ارایه کننده خدمت باید پیش از معاینه لگن، از خالی بودن مثانه اطمینان حاصل نماید.

در معاینه آدنکس ها به وجود توده یا دردناک بودن دقت شده و نتیجه معاینه براین اساس نوشته خواهد شد.

نوع و تاریخ گذاشتن آی یو دی بصورت خوانا نوشته شود.

موارد غیر طبیعی، آن دسته از موارد منع مصرف مطلق و نسبی است که در هنگام معاینه مشخص خواهند شد. بدیهی است در صورت غیرطبیعی بودن هر کدام

از موارد اشاره شده، **Insertion** آی یو دی برپایه یافته های حاصل از معاینه و رعایت دستورالعمل های آن انجام خواهد شد.

ت - زمان گذاشتن آی یو دی برای گیرنده خدمت:

پنج روز اول قاعدگی	شش هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین
--------------------	--------------------------------------

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

									تاخیر قاعدگی
									بارداری داخل رحمی

اولین بررسی در صورت آمنوره تا یک ماه بعد از آی یو دی گذاری انجام خواهد شد.
 در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها موارد با "د" به جای "دارد" یا "ن" به جای "ندارد" نوشته خواهد شد.
 اقدام های انجام شده در همان **Box** مربوطه و با کلمات توصیه، درمان و ارجاع نوشته می شود.
 در بخش های قرمز رنگ ارجاع فوری و در بخش های زرد رنگ اقدام یا ارجاع غیرفوری (در صورت لزوم) به سطح بالاتر انجام می شود.
 ارجاع بخش های قرمز رنگ تا سطح تخصصی ادامه خواهد یافت.

چ - قطع استفاده از روش - (خانه های مربوطه را علامت بزنید):

بروز عوارض	در صورت بروز عارضه نوع عارضه:
مایل نبودن به ادامه استفاده	در صورت مایل نبودن علت عدم تمایل:
خروج خودبخودی و دفع ناکامل آی یو دی	اگر آی یو دی در غیر از زمان قاعدگی خارج شده، در ۱۲۰ ساعت گذشته تماس جنسی محافظت نشده داشته و نمی خواهد باردار شود، EC را پیشنهاد کنید.
سایر موارد	علت:
پایان مدت اثر آی یو دی	

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده می شود. در صورت قطع به دلیل بروز عارضه، نوع عارضه و در صورت قطع بدلیل عدم تمایل به ادامه استفاده یا سایر موارد، علت گفته می شود.

ح - هنگام خروج (خانه های مربوطه را کامل کنید):

تاریخ خروج:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی	به جز هنگام قاعدگی
-------------	---------------------------	--------------	--------------------

خ - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، شرح کارهای انجام شده نوشته شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، برای تداوم استفاده از خدمات تنظیم خانواده اقدام شود.

آمیول سه ماهه

الف - بررسی سطح اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

فشارخون کنترل نشده	بلی	خیر	سرطان پستان	بلی	خیر	سابقه سکنه مغزی	بلی	خیر
خونریزی از دستگاه تناسلی بدون علت مشخص	بلی	خیر	اختلالات شدید انعقادی	بلی	خیر	ترومبوآمبولی فعلی	بلی	خیر
سابقه تومور کبدی	بلی	خیر	بیماری کبدی	بلی	خیر	چاقی ($BMI > 30$)	بلی	خیر
تمایل به برگشت سریع باروری	بلی	خیر	مشکلات مرتبط با تزریق (ترس...)	بلی	خیر	فشارخون کنترل شده	بلی	خیر
ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیشتر از آن	بلی	خیر	سن زیر ۱۶ سال	بلی	خیر			

منظور از سطح اول در روستاها، خانه های بهداشت و در شهرها، در مراکز شهری دارای پایگاه بهداشتی ضمیمه، پایگاه های بهداشتی و در مراکز

بهداشتی بدون پایگاه های بهداشتی ضمیمه، مراکز بهداشتی درمانی می باشند. همچنین منظور از سطح دوم مراکز بهداشتی درمانی دارای کاردان/

کارشناس مامایی و یا پزشک می باشد.

در روستاها قسمت "الف" در خانه بهداشت و در شهرها در مرکز بهداشتی - درمانی شهری تکمیل می شود.

در هر ردیف پس از ارزیابی یکی از کلمات "بلی" یا "خیر" انتخاب می شود.

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نباید از آمیول سه ماهه استفاده کند.

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، مراجعه کننده بهتر است از آمیول سه ماهه استفاده نکند.

در صورت وجود پزشک در هنگام اولین مراجعه، ویزیت پزشک همراه با ارائه خدمت ضروری است. در غیر اینصورت اولین تزریق انجام شده و معاینه پزشک

باید حداکثر تا سه ماه پس از تزریق اول تکمیل شود.

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.

ب - بررسی سطح دوم - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

اختلالات شدید انعقادی	بلی	خیر	سابقه مول	بلی	خیر	بیماری کبدی	بلی	خیر
سابقه تومور (آدنوم) کبدی ناشی از مصرف هورمون های استروئید جنسی	بلی	خیر	سابقه بیماری شدید قلبی عروقی یا ابتلای فعلی به آن	بلی	خیر	وجود عوامل متعدد ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی	بلی	خیر
ترومبوآمبولی فعلی	بلی	خیر	افسردگی شدید	بلی	خیر	سابقه و بیماری فعلی شدید قلبی عروقی	بلی	خیر

تمام موارد نوشته شده در قسمت "ب" بایستی حداکثر تا سه ماه پس از اولین تزریق توسط کاردان/ کارشناس بهداشتی / مامایی یا پزشک تکمیل و برای هر

مورد، یکی از پاسخهای "بلی" یا "خیر" انتخاب شود..

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نباید از DMPA استفاده کند.

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، بهتر است که مراجعه کننده از DMPA استفاده نکند.

در عنوان ((وجود عوامل متعدد ابتلای به بیماری های قلبی و عروقی))، همزمانی وجود حداقل دو مورد از موارد سیگاری بودن، دیابت، فشارخون بالا و سن

بالای ۴۵ سال سبب ثبت پاسخ "بلی" خواهد شد.

ت- معاینه های لازم و نتایج آنها- سطح اول:

BMI	تاریخ:	قد (متر):	وزن (کیلوگرم):	عدد BMI:
فشارخون	تاریخ:	سیستولیک:	دیاستولیک:	تاریخ اولین تزریق:
LDL (ارجاع برای درخواست)	تاریخ:			

قسمت "ت" در روستا در خانه بهداشت و در شهر در در پایگاه ها یا مراکز بهداشتی - درمانی شهری تکمیل می شود.

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

									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 با "د" به جای "دارد" یا "ن" به جای "ندارد" نوشته خواهد شد.

اقدام های انجام شده در همان **Box** مربوطه و با کلمات توصیه، درمان و ارجاع نوشته می شود.

در بخش های قرمز رنگ ارجاع فوری و در بخش های زرد رنگ اقدام یا ارجاع غیرفوری (در صورت لزوم)، متناسب با دستورالعمل های روش های پیشگیری

از بارداری در جمهوری اسلامی ایران به سطح بالاتر انجام می شود.

ح - علل قطع استفاده از روش - سطح اول (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	بروز عوارض	در صورت بروز عارضه نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده می شود. در صورت قطع به دلیل بروز عارضه نوع عارضه و در صورت قطع بدلیل

عدم تمایل به ادامه استفاده، علت عدم تمایل گفته می شود.

خ - زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید) - سطح اول:

تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی	به جز هنگام قاعدگی
----------------	---------------------------	--------------	--------------------

د - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، شرح کارهای انجام شده نوشته شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات

تنظیم خانواده صورت گیرد.

در موارد * به دستورالعمل مراجعه شود.

لایسنترنول

الف - بررسی سطح اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

بلبی	خیر	اختلالات مزمن یا حاد کبدی (تومور، هپاتیت و ...)	بلبی	خیر	ابتلای فعلی به ترومبوز ورید های عمقی، آمبولی	بلبی	خیر	خونریزی غیر طبیعی رحمی
بلبی	خیر	سابقه کلستانز بارداری	بلبی	خیر	وزن بیش از ۷۰ کیلوگرم	بلبی	خیر	سابقه، ابتلای به سرطان پستان
بلبی	خیر	مصرف همزمان داروی ضد تشنج، ریفاپیمین، گریزوفولوین	بلبی	خیر	فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)	بلبی	خیر	سابقه بارداری خارج رحمی

منظور از سطح اول در روستاها، خانه های بهداشت و در شهرها، در مراکز شهری دارای پایگاه بهداشتی ضمیمه، پایگاه های بهداشتی، و در مراکز بهداشتی

بدون پایگاه های بهداشتی ضمیمه، مراکز بهداشتی درمانی می باشند. همچنین منظور از سطح دوم مراکز بهداشتی درمانی دارای کاردان/ کارشناس مامایی و یا پزشک می باشد.

در هر ردیف پس از ارزیابی یکی از کلمات "بلبی" یا "خیر" انتخاب می شود.

اگر پاسخ "خیر" در همه خانه های سبز ثبت شود، فرد می تواند از لایسنترنول استفاده کند.

اگر پاسخ "بلبی" در هر یک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نباید از لایسنترنول استفاده کند.

اگر پاسخ "بلبی" در هر یک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، مراجعه کننده بهتر است که از لایسنترنول استفاده نکند.

در صورت تاکید مراجعه کننده برای دریافت لایسنترنول هم زمان با علامت خوردن هر یک از خانه های زرد رنگ، لایسنترنول در اختیار او قرار گرفته و برای کنترل به سطح بعدی ارجاع شود.

برای پرسش درباره سابقه کلستانز بارداری، از مراجعه کننده وجود علایمی مانند خارش پوست در ماه های دوم و سوم دوران بارداری بررسی شده و وجود یا عدم وجود مسایل مربوطه در این قسمت نوشته خواهد شد.

برای بررسی اختلالات مزمن یا حاد کبدی، با پرسش از مراجعه کننده، وجود علایمی 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 وجود یا عدم وجود مسایل مربوطه در این قسمت ثبت خواهد شد.

پ- بررسی های لازم و نتایج آنها:

اندازه گیری وزن	تاریخ:	پاسخ:
اندازه گیری و ثبت فشار خون	تاریخ:	پاسخ:
بررسی های لازم حسب وجود نکته ای خاص در شرح حال	تاریخ:	پاسخ:

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 لایسنترنول علیرغم وجود موارد منع مصرف نسبی بررسی های لازم برپایه شرایط منع مصرف نسبی توسط ماما یا پزشک مرکز در اولین فرصت ممکن انجام خواهد شد.

ت- زمان شروع لایسنترنول- سطح اول

شش هفته پس از زایمان (در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیر خوار با شیر مادر)
پنج روز اول قاعدگی و ترجیحا 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 شرایط

در برابر زمان شروع لایسنترنول علامت گذاشته می شود.

در مورد آغاز استفاده از لایسنترنول در عنوان ((سایر شرایط))، این اقدام پس از بررسی با β -hCG انجام خواهد شد.

ث - زمان شروع لایسنترنول - سطح اول:

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ج - ارزیابی های دوره ای - سطح اول:

سه ماه پس از زایمان	شش ماه پس از زایمان	
تاریخ		
وزن		
فشار خون		
رضایت از روش		

ارزیابی دوره ای با فاصله سه ماهه در سطح اول انجام و ثبت می شود.

در صورتیکه وزن یا فشارخون به شرایط منع مصرف نسبی وارد شود، پیشنهاد تغییر روش به مراجعه کننده داده خواهد شد.

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

ج- هشدارها، شکایات ها و عارضه های احتمالی - سطح اول، سطح دوم:

عنوان/ فاصله زمانی از اولین ارائه خدمت	یک ماه	دو ماه	سه ماه	چهار ماه
تاریخ مراجعه				
احتمال پارگی کیست های تخمدانی				
حاملگی خارج رحمی				
خونریزی شدید				
سردرد شدید (میگرن، سردرد های شدید همراه با تاری دید)				
درد شدید قفسه سینه				
زردی پوست و چشم				
خونریزی نامرتب رحمی*				
حساس شدن پستان*				
سایر عوارض احتمالی				
آموزش های لازم				

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.

عناوین آموزش های لازم در هر بار مراجعه عبارتند از: سردرد شدید (میگرن، سردرد شدید همراه با تاری دید)، زردی پوست و چشم، درد شدید قفسه سینه پس از مصرف قرص، خونریزی نامرتب رحمی یا هر خونریزی بدون دلیل که احتمال بیماری زمینه ای یا حاملگی را مطرح نماید، درد شدید شکمی به ویژه در قسمت پایین شکم و لگن (احتمال حاملگی خارج از رحم و احتمال پارگی کیست تخمدان) و فراموشی مصرف قرص.

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 موارد با "د" به جای "دارد" یا "ن" به جای "ندارد" نوشته خواهد شد.

اقدام های انجام شده در همان **Box** مربوطه و با کلمات توصیه، درمان و ارجاع نوشته می شود.

قسمت های قرمز رنگ نشان دهنده لزوم ارجاع فوری است.

ح - علل قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید) - سطح اول:

ترس از عارضه	بروز عوارض	در صورت بروز عارضه نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
احتمال کم شدن تاثیر قرص	پایان دوره مصرف	

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده می شود. در صورت قطع به دلیل بروز عارضه نوع عارضه و در صورت قطع بدلیل

علت های دیگر، علت آن نوشته می شود.

خ- زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید) - سطح اول:

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	قطع روش در حین قاعدگی	قطع روش در زمانی به جز هنگام قاعدگی
----------------	---------------------------	-----------------------	-------------------------------------

د - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، شرح کارهای انجام شده نوشته شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات تنظیم خانواده صورت گیرد.

در موارد * به دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران مراجعه شود.

بستن لوله های رحمی

الف - بررسی سطح اول - مراجعه اول - موارد منع مصرف مطلق:

خواستن فرزند بیشتر	بلی	خیر
--------------------	-----	-----

در روستاها قسمت "الف" در خانه بهداشت و در شهرها در پایگاه یا مرکز بهداشتی _ درمانی شهری تکمیل می شود.

در هر ردیف پس از ارزیابی یکی از کلمات "بلی" یا "خیر" انتخاب می شود.

اگر پاسخ "بلی" در خانه قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نباید اقدام به بستن لوله های رحمی کند.

ب - بررسی سطح اول - مراجعه اول - موارد تاخیر:

پس از سقط عفونی	بلی	خیر	زایمان در فاصله ۴۲-۷ روز قبل	بلی	خیر
بارداری	بلی	خیر	سابقه مول	بلی	خیر
خونریزی از دستگاه تناسلی بدون علت مشخص	بلی	خیر		بلی	خیر

اگر پاسخ هر کدام از شرایط بند "ب" بلی باشد، بستن لوله های رحمی به تاخیر خواهد افتاد.

در صورت مثبت بودن پاسخ سقط، با توجه به احتمال خواستن فرزند بعدی، این عمل تا هنگام تصمیم گیری فارغ از استرس داوطلب به تاخیر خواهد افتاد.

در صورت وجود سابقه سقط عفونی، ارایه خدمت بستن لوله های رحمی تا حل کامل مشکل به تاخیر خواهد افتاد.

در صورت بارداری، ارایه خدمت تا زمان های تعیین شده پس از زایمان به تاخیر خواهد افتاد.

در صورت مثبت بودن سابقه مول، ارایه خدمت بستن لوله های رحمی تا حل کامل مشکل به تاخیر خواهد افتاد.

در صورت وجود خونریزی از دستگاه تناسلی بدون علت مشخص اقدامات لازم (بررسی، ارجاع ...) برای رفع مشکل انجام خواهد شد.

اگر نیاز به تاخیر در هر کدام از موارد بالا دیده شود، داوطلب باید تا هنگام بهبودی کامل از یک روش دیگر (با توجه به شرایط خود) استفاده نماید.

پ - بررسی سطح دوم - مراجعه اول - موارد تاخیر:

سابقه PID در سه ماهه اخیر	بلی	خیر	بیماری های تروفو بلاستیک بدخیم	بلی	خیر
سابقه اخیر بیماری قلبی حاد	بلی	خیر	ابتلای به ترومبوز وریدهای عمقی	بلی	خیر
ابتلای به آمبولی ریه	بلی	خیر	خونریزی واژینال بدون علت مشخص	بلی	خیر
بیماری های فعال مقاربتی	بلی	خیر	سرطان های لگن	بلی	خیر
مشکلات دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان	بلی	خیر	پس از سقط عفونی یا ۴۲-۷ روز پس از زایمان	بلی	خیر

این بررسی ها توسط ماما یا پزشک مرکز انجام خواهد شد.

مشکلات دوران بارداری و پس از زایمان برپایه دستورالعمل عبارتند از: پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی، پارگی کیسه آب (بیش از ۲۴ ساعت)، تب هنگام

زایمان یا بلافاصله پس از آن، وجود عوارض پس از زایمان مثل خونریزی و عفونت سایر نقاط بدن (داشتن شرایط نامساعد جسمی)

اگر پاسخ هر کدام از شرایط بند "پ"، "بلی" باشد، انجام عمل بستن لوله های رحمی، تا زمان رفع کامل مشکل به تاخیر خواهد افتاد. بدیهی است در صورت

وجود جند پاسخ "بلی" در جدول بالا، تاریخ بهبودی کامل از این موارد مبنای تصمیم گیری خواهد بود.

ت - زمان پیشنهادی برای انجام عمل بستن لوله های رحمی برای گیرنده خدمت (پس از بررسی شرایط بالا) - سطح دوم:

پس از زایمان طبیعی	هنگام سزارین
سایر زمان ها (اطمینان از باردار نبودن متقاضی) توضیح داده شود	

این بررسی ها توسط کارشناس/ ماما مرکز انجام خواهد شد.

یکی از زمانهای گفته شده در بند "ت" مشخص می شود.

ث - آزمایش ها و معاینه های لازم و نتایج آنها - سطح دوم (خانه های مربوطه را کامل کنید):

درخواست β -hCG	تاریخ:	پاسخ:
درخواست اندازه گیری هموگلوبین	تاریخ:	پاسخ:
معاینه لگن (بجز دوران بارداری)	تاریخ:	پاسخ:
اندازه گیری فشارخون	تاریخ:	پاسخ:

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

آزمایشهای مذکور در بند "ث" پیش از بستن لوله های رحمی درخواست و تاریخ درخواست و پاسخ آن در قسمت مربوطه نوشته می شود. درخواست آزمایش های هموگلوبین و تست بارداری در سطح دوم (ماما، پزشک) انجام و بررسی آن در سطح تخصصی انجام خواهد شد. معاینه لگن و اندازه گیری فشارخون در هنگام ارایه خدمت، توسط ارایه دهنده خدمت انجام خواهد شد.

ج- وضعیت دریافت خدمت

آیا عمل بستن لوله های رحمی برای متقاضی خدمت انجام شده است؟

بلی تاریخ: پس از زایمان هنگام سزارین سایر زمان ها

خیر دلیل انجام نشدن عمل:

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 ارایه خدمت برای او انجام شود.

اگر عمل بستن لوله های رحمی برای داوطلب انجام نشود، باید دلیل انجام نشدن عمل، اعم از نامطلوب بودن پاسخ آزمایش یا سایر مشکلات در این بخش ثبت خواهد شد.

چ - بررسی شکایت های تا چهار هفته اول (به ویژه هفته اول) بعد از عمل - سطح اول یا دوم

از حال رفتن	بلی	خیر	سرگیجه شدید	بلی	خیر
درد یا حساسیت شکم	بلی	خیر	تب بیشتر از ۳۸ درجه	بلی	خیر
اسهال	بلی	خیر	خروج چرک و خون از محل زخم	بلی	خیر
درد و تورم محل زخم	بلی	خیر	درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود	بلی	خیر

اقدام انجام شده در صورت وجود هر کدام از موارد یادشده: ارجاع تاریخ ارجاع کارهای دیگر (توضیح دهید):
کارهای انجام شده در سطوح بالاتر (در صورت ارجاع و انجام):

اگر پاسخ هر کدام از موارد "چ" بلی باشد، باید اقدام مربوطه صورت گیرد. پسخوراند سطوح بالاتر در این قسمت نوشته خواهد شد.

در صورت وجود درد و تورم محل عمل و خروج چرک و خون از آن تا یک هفته و قرمزی محل عملی که بدتر شود یا از بین نرود، ارجاع به بیمارستان انجام خواهد شد.

ح - پیگیری های بعد از عمل - سطح دوم:

معاينه بعد از عمل	تاریخ:	مراجعه برای کشیدن بخیه	تاریخ:
اقدام انجام شده برای این مراجعه:		ارجاع	
کارهای دیگر (توضیح دهید):			

مراجعه بعد از عمل به فاصله هفت روز پس از عمل و برای کشیدن بخیه ها و معاینه محل عمل به ماما یا پزشک مرکز بهداشتی و درمانی خواهد بود.

خ- در صورت هرگونه مراجعه پیگیری، بررسی رضایت از عمل، عارضه ها، هشدارها، راهنمایی و مشاوره (در صورت وجود مشکل خاص) سوال و ثبت شود..

واژگومی بدون تیغ جراحی

الف - بررسی توسط ارایه دهنده خدمت مراجعه اول- موارد منع مصرف مطلق:

خواستن فرزند بیشتر	بلی	خیر
--------------------	-----	-----

این بخش توسط ارایه دهنده خدمت تکمیل می شود.

پس از ارزیابی مورد، یکی از کلمات "بلی" یا "خیر" انتخاب می شود.

اگر پاسخ "بلی" در خانه قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نباید اقدام به واژگومی کند.

پیش از انجام معاینه ها و بررسی های بعدی، مشاوره کامل توسط ارایه کننده خدمت ضرورت دارد.

ب- معاینه های لازم و نتایج آنها- سطح دوم (با طبیعی و غیرطبیعی مشخص شود):

معاینه عمومی بدن	غیر طبیعی	طبیعی	معاینه دستگاه تناسلی	غیر طبیعی	طبیعی
هر مورد غیرعادی توضیح داده شود:					

در صورت وجود هرگونه نتیجه غیر طبیعی در معاینه عمومی بدن یا معاینه دستگاه تناسلی، ضمن انتخاب کلمه "غیر طبیعی" توضیح لازم در قسمت مربوطه داده می شود.

پ - بررسی سطح دوم پزشک ارایه کننده خدمت- مراجعه اول- موارد احتیاط:

آسیب اسکروتوم	بلی	خیر	هیدروسل بزرگ	بلی	خیر	عدم نزول بیضه یک طرفه	بلی	خیر
واریکوسل بزرگ	بلی	خیر	دیابت	بلی	خیر	سابقه جراحی اسکروتوم	بلی	خیر

اقدام انجام شده در صورت وجود هر یک از موارد بالا:

تاریخ:

اگر پاسخ هر کدام از شرایط بند "پ" بلی باشد، واژگومی با احتیاط انجام و کارهای انجام شده درباره مشکل دیده شده نوشته می شود.

ت- بررسی سطح دوم - مراجعه اول- موارد تاخیر*:

بیماری مقاربتی فعال	بلی	خیر	التهاب لوله های اسپرم بر و بیضه ها	بلی	خیر	عفونت پوست اسکروتوم	بلی	خیر
التهاب سر آلت	بلی	خیر	اپیدیدیمیت	بلی	خیر	گاسترو آنتریت شدید	بلی	خیر
اورکیت	بلی	خیر	فیلاریازیس	بلی	خیر	الفانتیازیس	بلی	خیر
عفونت حاد سیستمیک	بلی	خیر						

اقدام انجام شده در صورت وجود هر یک از شرایط بالا: درمان ارجاع تاریخ:

اگر هرکدام از شرایط بند "ت" وجود داشته باشد، واژگومی به تاخیر خواهد افتاد.

ث- بررسی سطح دوم- مراجعه اول- موارد نیازمند ارجاع به بیمارستان*:

فتق کشاله ران	بلی	خیر	عدم نزول بیضه دوطرفه	بلی	خیر	اختلالات انعقادی	بلی	خیر
ایدز	بلی	خیر	وجود توده در کیسه بیضه ها	بلی	خیر	سابقه حساسیت به لیدوکائین	بلی	خیر

اقدام انجام شده در صورت وجود هرکدام از موارد بالا:

ارجاع تاریخ:

اگر هرکدام از شرایط بند "ث" وجود داشته باشد، واژگومی در بیمارستان انجام خواهد شد.

ج- آیا عمل واژگومی برای متقاضی خدمت انجام شده است؟

بلی (تاریخ:) خیر دلیل انجام نشدن عمل واژگومی

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

اگر عمل وازکتومی برای مراجعه کننده انجام شود، باید همزمان آموزش ها و مطالب لازم درباره هشدارها توسط پزشک ارائه دهنده خدمت برای گیرنده خدمت توضیح داده شود.

چ - روش مورد استفاده فرد وازکتومی شده یا همسر او تا هنگام دریافت پاسخ اسپرم آنالیز - سطح اول:

کاندوم	قرص
آی یو دی	آمپول سه ماهه
آمپول یک ماهه	روش های دیگر (نام برده شود):

فرد پس از وازکتومی تا هنگام دریافت نتیجه صفر آزمایش شمارش اسپرم، باید از یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری استفاده کند و نوع روش مورد استفاده در جدول "چ" نوشته می شود. اگر این فرد از یک روش مطمئن استفاده نمی کند، مشاوره با داوطلب برای دریافت خدمات پیشگیری از بارداری تا زمان منفی شدن پاسخ آزمایش اسپرم آنالیز، انجام و یا به سطح بالاتر ارجاع می شود.

ح - آیا علایم هشدار برای فرد وازکتومی شده توضیح داده شده است - سطح دوم: بلی خیر

علایم هشدار شامل: تورم بیش از حد اسکروتوم، تب بیش از ۳۸ درجه در چهار هفته اول و به ویژه در هفته اول، خروج خون و چرک از محل زخم و درد شدید ناحیه عمل که به مسکن های معمولی پاسخ نمی دهد.

خ - پیگیری های بعد از عمل و اقدامات مربوطه (معاینه ها و هشدارها) - سطح دوم:

معاینه محل عمل (یک هفته بعد از عمل)

تاریخ مراجعه: نتیجه معاینه: طبیعی غیرطبیعی

تورم بیش از حد اسکروتوم	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	خروج خون و چرک از محل زخم	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تب بیش از ۳۸ درجه تا ۴ هفته به ویژه هفته اول	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	درد شدید ناحیه عمل که به مسکن های معمولی پاسخ نمی دهد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

د- اقدام انجام شده در صورت وجود هر کدام از موارد بالا:

ارجاع تاریخ: کارهای دیگر توضیح دهید:

در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها موارد با "بلی" و "خیر" نوشته خواهد شد.

اقدام های انجام شده در همان **Box** مربوطه و با کلمات توصیه، درمان و ارجاع نوشته می شود.

در صورت وجود هر کدام از علایم چهارگانه بالا تا چهار هفته پس از عمل، گیرنده خدمت باید فوراً برای اقدامات لازم به مرکز (مراکز) ارائه خدمت مراجعه نماید.

ذ- پاسخ آزمایش اسپرم - سطح دوم:

نوبت اول (پس از سه ماه)	تاریخ:	پاسخ آزمایش:
نوبت دوم (پس از چهار ماه)	تاریخ:	پاسخ آزمایش:

سه ماه بعد از انجام عمل وازکتومی نوبت اول آزمایش شمارش اسپرم انجام و پاسخ آن در قسمت مربوطه نوشته می شود.

نوبت دوم آزمایش شمارش اسپرم یک ماه پس از آزمایش اول (چهار ماه بعد از عمل وازکتومی) انجام و پاسخ آن در قسمت مربوطه نوشته می شود.

در صورت صفر نشدن اسپرم در دو آزمایش بالا، برنامه ریزی و بررسی های بعدی توسط پزشک ارائه کننده خدمت وازکتومی ضرورت خواهد یافت.

* به دستورالعمل مراجعه شود.

قرص های ترکیبی ال دی □ تری فازیک □

الف - بررسی سطح اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

خیر	بلی	داشتن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه	خیر	بلی	شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن	خیر	بلی	سابقه سکنه قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه
خیر	بلی	زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده	خیر	بلی	ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن	خیر	بلی	خونریزی رحمی بدون علت مشخص
خیر	بلی	بیماری فعال یا مزمن کبدی	خیر	بلی	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی	خیر	بلی	سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر
خیر	بلی	سیگاری زیر ۳۵ سال	خیر	بلی	فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه	خیر	بلی	کارسینوم اندومتر
خیر	بلی	سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی	خیر	بلی	مصرف داروی صرع (جز والپروئیک اسید)، ریفامپین یا گریزوفلووین	خیر	بلی	مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه

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 بررسی می شود.

در روستاها قسمت "الف" در خانه بهداشت و در شهرها در مرکز بهداشتی _ درمانی شهری تکمیل می شود.

در هر ردیف پس از ارزیابی یکی از کلمات بلی یا خیر انتخاب می شود.

اگر پاسخ "بلی" در هر یک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، ارایه کننده خدمت حق ارایه این خدمت را به مراجعه کننده تا زمان رفع مشکل ندارد. در صورت اصرار مراجعه کننده به دریافت خدمت، ارجاع او به سطح بعدی انجام خواهد شد.

اگر پاسخ "بلی" در هر یک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، بهتر است که مراجعه کننده از قرص های ترکیبی استفاده نکند و با مشاوره روش دیگری را

انتخاب نماید.

اگر پاسخ "خیر" در همه خانه های سبز ثبت شود، فرد می تواند حداکثر تا مدت سه ماه از قرص استفاده کند. بدیهی است این فرد باید در اولین فرصت و تا

حداکثر سه ماه توسط پزشک تحت بررسی های تکمیلی قرار گیرد.

ب - بررسی سطح دوم - موارد منع مصرف نسبی و مطلق:

خیر	بلی	دیابت با بیماری های عروقی	خیر	بلی	سکنه قلبی، مغزی یا بیماری شدید قلبی یا عروقی	خیر	بلی	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی
خیر	بلی	ابتلا فعلی یا سابقه لخته خون در ورید های عمقی، اختلالات ترومبومبولیک یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها	خیر	بلی	شرایط نیازمند بی حرکتی کامل (۲۸ روز قبل از عمل تا پایان بی حرکتی پس از عمل)	خیر	بلی	بیماری فعال یا مزمن کبدی، یا همزمان با مصرف قرص و اختلال چربی ها
خیر	بلی	بیماری سیانوتیک قلب	خیر	بلی	بیماری های عروق کرونر	خیر	بلی	افزایش چربی های خون
خیر	بلی	سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف قرص	خیر	بلی	میگرن بدون علامت موضعی و سن بیش از ۳۵	خیر	بلی	بیماری های دریچه ای قلب با عوارض
خیر	بلی	وجود سایر موارد بیماری یا مشکل	خیر	بلی	بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آن ها	خیر	بلی	هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن
خیر	بلی	بدخیمی داخل اپیتلیومی تا شدید گردن رحم	خیر	بلی	بیماری دریچه ای بدون عارضه قلب	خیر	بلی	ابتلا به بیماری های التهابی روده (کرون، کولیت زخمی، بیماری فعال کیسه صفرا...)

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

توده پستانی تشخیص داده نشده	بلی	خیر	میگرن بدون علائم عصبی	بلی	خیر	افسردگی خیلی شدید	بلی	خیر
ترومبولیت سطحی	بلی	خیر	دیابت بدون درگیری عروقی	بلی	خیر			

در بخش وجود سایر موارد بیماری یا مشکل، مواردی مانند ترومای شدید، سرطان ها، موارد لوسمی، بیماری های عروقی (لوپوس ...)، مد نظر قرار خواهند گرفت.

در مورد دیابت با بیماری های عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی یا ابتلای بیش از ۲۰ سال به دیابت بررسی می شود.

در سابقه بیماری های مرتبط با مصرف قرص، بیماری هایی مانند فشارخون بالا، کره، پانکراتیت حاد، پمفیگوبید حاملگی، سندرم استیون جانسون،

Hemolytic uremic syndrome، Thrombotic thrombocytopenic purpura مدنظر قرار خواهد گرفت.

تکمیل خانه های دو جدول بالا برپایه سوال و جواب با مراجعه کننده انجام خواهد شد.

تمام موارد نوشته شده در قسمت "ب" بایستی تکمیل و برای هر مورد، یکی از پاسخهای بلی یا خیر انتخاب شود.

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نمی تواند از قرص استفاده کند.

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، بهتر است که مراجعه کننده از قرص استفاده نکند. بدیهی است در صورت اصرار گیرنده خدمت به استفاده از قرص، این روش با گفتن هشدارهای لازم در اختیار وی قرار خواهد گرفت.

پ - زمان شروع مصرف قرص (بهورز - کاردان):

پنج روز اول قاعدگی و ترجیحا روز اول	پنج روز اول سقط و ترجیحا روز اول	سه هفته پس از زایمان در زن غیر شیرده
شش هفته پس از ایمان در زن شیرده	سایر زمان ها:	

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

قسمت "پ" 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 داده شود.

ت - معاینه های لازم و نتایج آنها و تاریخ دریافت اولین بسته قرص (سطح اول): تاریخ:

بررسی زردی پوست و چشم	نتیجه:	معاینه پستان	نتیجه:	وزن	کیلوگرم	قد	متر
فشارخون	نتیجه:	BMI	نتیجه:	تاریخ دریافت:			

مراجعه کننده در سطح اول (در روستاها در خانه بهداشت و در شهرها در مرکز بهداشتی _ درمانی شهری) از نظر تمام موارد نوشته شده در قسمت "ت" در اولین نوبت تجویز قرص مورد ارزیابی قرار گرفته و نتیجه معاینه نوشته می شود.

معاینه پستان توسط ماما انجام خواهد شد.

بررسی زردی با کلمات ((دارد)) یا ((ندارد)) مشخص خواهد شد.

بررسی پستان با کلمات ((طبیعی)) و ((غیر طبیعی)) مشخص خواهد شد.

ث - بررسی ها و آزمایش های بعدی:

بررسی دوره ای معاینه های قرص های ترکیبی									
زمان	سه ماه	شش ماه	۱۲ ماه	۱۸ ماه	۲۴ ماه	۳۰ ماه	۳۶ ماه	۴۲ ماه	۴۸ ماه
تاریخ									
فشار خون									
وزن									
تری گلیسرید									
قد									
چربی و لیپو پروتئین									

اولین بررسی دوره ای سه ماه بعد از تجویز اولین بسته قرص و بررسی های بعدی با فاصله شش ماهه تا دو سال انجام می شود. بررسی های پس از دو سال،

در صورت عدم وجود مشکل با فاصله سالانه انجام خواهد شد.

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

بررسی تری گلیسرید توسط 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 ۴-۲ 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 ماما یا پزشک انجام خواهد شد.

ج- ارایه خدمت، رضایت گیرنده خدمت و عارضه احتمالی (با دارد و ندارد کامل شود) - سطح اول:

مشکل / زمان	ماه ۱	ماه ۲	ماه ۳	ماه ۴	ماه ۵	ماه ۶	ماه ۷	ماه ۸	ماه ۹	ماه ۱۰	ماه ۱۱	ماه ۱۲
تاریخ												
رضایت از روش												
تهوع												
سردرد خفیف												
حساسیت پستان ها												
لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها												
افزایش وزن												
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												
آموزش های لازم												

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 پارسازی، سختی در صحبت کردن و علائم یک طرفه ملنند ضعف بررسی می شود.

موارد نوشته شده در قسمت "ج" تا ۱۲ ماه اول استفاده از قرص، هر ماهه در سطح اول ارزیابی می شود.

در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها موارد با "د" به جای "دارد" یا "ن" به جای "ندارد" نوشته خواهد شد.

اقدام های انجام شده در همان Box مربوطه و با کلمات توصیه، درمان و ارجاع نوشته می شود.

در صورت وجود هر کدام از موارد خانه های قرمز رنگ، ارجاع فوری به بیمارستان ضرورت دارد.

آموزش درباره هشدارها و فراموشی ارایه شود.

چ - علل و زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	عوارض	در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده می شود. در صورت قطع به دلیل عارضه نوع عارضه و در صورت قطع بدلیل عدم

تمایل به ادامه استفاده، علت عدم تمایل نوشته می شود.

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

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

ح - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، شرح کارهای انجام شده نوشته شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات تنظیم خانواده صورت گیرد.

آپول های ترکیبی یک ماهه

الف - بررسی سطح اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

خیر	بلی	داشتهن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه	خیر	بلی	شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن	خیر	بلی	سابقه سکنه قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه
خیر	بلی	زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده	خیر	بلی	ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن	خیر	بلی	خونریزی رحمی بدون علت مشخص
خیر	بلی	بیماری فعال یا مزمن کبدی	خیر	بلی	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی	خیر	بلی	سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر
خیر	بلی	سیگاری زیر ۳۵ سال	خیر	بلی	فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه	خیر	بلی	کارسینوم اندومتر
خیر	بلی	سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی	خیر	بلی	مصرف داروی صرع (جز والپروئیک اسید)، ریفامپین یا گریزوفولونین	خیر	بلی	مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه

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 بررسی می شود.

در روستاها قسمت "الف" در خانه بهداشت و در شهرها در مرکز بهداشتی _ درمانی شهری تکمیل می شود.

در هر ردیف پس از ارزیابی یکی از کلمات بلی یا خیر انتخاب می شود.

اگر پاسخ "بلی" در هر یک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، ارایه کننده خدمت حق ارایه این خدمت را به مراجعه کننده تا هنگام رفع مشکل ندارد.

در صورت اصرار مراجعه کننده به دریافت خدمت، ارجاع او به سطح بعدی انجام خواهد شد.

اگر پاسخ "بلی" در هر یک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، بهتر است که مراجعه کننده از آپول های ترکیبی استفاده نکند و با مشاوره روش دیگری را انتخاب نماید.

اگر پاسخ "خیر" در همه خانه های سبز ثبت شود، فرد می تواند حداکثر تا مدت سه ماه از آپول ترکیبی استفاده کند. بدیهی است این فرد باید در اولین

فرصت و تا حداکثر سه ماه توسط پزشک تحت بررسی های تکمیلی قرار گیرد.

ب - بررسی سطح دوم - موارد منع مصرف نسبی و مطلق:

خیر	بلی	دیابت با بیماری های عروقی	خیر	بلی	سکنه قلبی، مغزی یا بیماری شدید قلبی یا عروقی	خیر	بلی	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی
خیر	بلی	ابتلا فعلی یا سابقه لخته خون در ورید های عمقی، اختلالات ترومبومبولیک یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها	خیر	بلی	شرایط نیازمند بی حرکتی کامل (۲۸ روز قبل از عمل تا پایان بی حرکتی پس از عمل)	خیر	بلی	بیماری فعال یا مزمن کبدی، یا همزمان با مصرف قرص و اختلال چربی ها
خیر	بلی	بیماری سیانوتیک قلب	خیر	بلی	بیماری های عروق کرونر	خیر	بلی	افزایش چربی های خون
خیر	بلی	سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف قرص	خیر	بلی	میگرن بدون علامت موضعی و سن بیش از ۳۵	خیر	بلی	بیماری های دریچه ای قلب با عوارض
خیر	بلی	وجود سایر موارد بیماری یا مشکل	خیر	بلی	بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آن ها	خیر	بلی	هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن
خیر	بلی	بدخیمی داخل اپیتلیومی تا شدید گردن رحم	خیر	بلی	بیماری دریچه ای بدون عارضه قلب	خیر	بلی	ابتلا به بیماری فعال کیسه صفرا
خیر	بلی	افسردگی خیلی شدید	خیر	بلی	میگرن بدون علائم عصبی	خیر	بلی	توده پستانی تشخیص داده نشده
خیر	بلی		خیر	بلی	دیابت بدون درگیری عروقی	خیر	بلی	ترومبوفلیت سطحی

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

در بخش وجود سایر موارد بیماری یا مشکل، مواردی مانند ترومای شدید، سرطان ها، موارد لوسمی، بیماری های عروقی، مد نظر قرار خواهند گرفت.

در مورد دیابت با بیماری های عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی یا ابتلای بیش از ۲۰ سال به دیابت بررسی می شود.

در سابقه بیماری های مرتبط با مصرف قرص، بیماری هایی مانند فشارخون بالا، کره، پانکراتیت حاد، پمفیگویید حاملگی، سندرم استیون جانسون،

Hemolytic uremic syndrome, Thrombotic thrombocytopenic purpura مدنظر قرار خواهد گرفت.

در موارد بی حرکتی و موارد عمل جراحی، اگر فرد تحت عمل جراحی قرار می گیرد که او را تا یک هفته بی حرکت می کند، می تواند استفاده از این آمپول ها

را دو هفته پس از عمل آغاز کند.

تکمیل خانه های دو جدول بالا برپایه سوال و جواب با مراجعه کننده انجام خواهد شد.

تمام موارد نوشته شده در قسمت "ب" بایستی تکمیل و برای هر مورد، یکی از پاسخهای "بلی" یا "خیر" انتخاب شود.

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نمی تواند از آمپول ترکیبی استفاده کند.

اگر پاسخ "بلی" در هریک از خانه های زرد رنگ ثبت شود، بهتر است که مراجعه کننده از آمپول ترکیبی استفاده نکند. بدیهی است در صورت اصرار گیرنده

خدمت به استفاده از آمپول، این روش با گفتن هشدارهای لازم در اختیار وی قرار خواهد گرفت.

پ - زمان شروع مصرف آمپول (بهورز - کاردان):

پنج روز اول قاعدگی و ترجیحا روز اول	پنج روز اول سقط و ترجیحا روز اول	سه هفته پس از زایمان در زن غیر شیرده
شش هفته پس از ایمان در زن شیرده	سایر زمان ها:	

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

قسمت "پ" در اولین نوبت دادن آمپول تکمیل و یکی از موارد نوشته شده در جدول بالا انتخاب می شود. در صورت انتخاب گزینه "سایر زمان ها" شرح لازم

داده شود.

ت- معاینه های لازم و نتایج آنها و تاریخ تزریق اولین آمپول (سطح اول): تاریخ:

بررسی زردی پوست و چشم	نتیجه:	معاینه پستان	نتیجه:	وزن	کیلوگرم	قد	متر
فشارخون	نتیجه:	BMI	نتیجه:	تاریخ دریافت:			

مراجعه کننده در سطح اول (در روستاها در خانه بهداشت و در شهرها در مرکز بهداشتی - درمانی شهری) از نظر تمام موارد نوشته شده در قسمت "ت" در

اولین نوبت تزریق آمپول ارزیابی شده و نتیجه معاینه نوشته می شود.

معاینه پستان توسط ماما انجام خواهد شد.

بررسی زردی با کلمات ((دارد)) یا ((ندارد)) مشخص خواهد شد.

بررسی پستان با کلمات ((طبیعی)) و ((غیر طبیعی)) مشخص خواهد شد.

ث - بررسی ها و آزمایش های بعدی:

بررسی دوره ای معاینه های آمپول های یک ماهه									
زمان	سه ماه	شش ماه	۱۲ ماه	۱۸ ماه	۲۴ ماه	۳۰ ماه	۳۶ ماه	۴۲ ماه	۴۸ ماه
تاریخ									
فشار خون									
وزن									
تری گلیسرید									
قد									
چربی و لیپو پروتئین									

اولین بررسی دوره ای سه ماه بعد از تزریق اولین آمپول و بررسیهای بعدی با فاصله شش ماهه تا دو سال انجام می شود. بررسی های پس از دو سال، در صورت

عدم وجود مشکل با فاصله سالانه انجام خواهد شد.

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

بررسی تری گلیسرید توسط ماما یا پزشک انجام خواهد شد.

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 ماما یا پزشک انجام خواهد شد.

ج- ارایه خدمت، رضایت گیرنده خدمت و عارضه احتمالی (با دارد و ندارد کامل شود) - سطح اول:

مشکل / زمان	ماه ۱	ماه ۲	ماه ۳	ماه ۴	ماه ۵	ماه ۶	ماه ۷	ماه ۸	ماه ۹	ماه ۱۰	ماه ۱۱	ماه ۱۲
تاریخ												
رضایت از روش												
تهوع												
سردرد خفیف												
حساسیت پستان ها												
لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها												
افزایش وزن												
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												
آموزش های لازم												

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 پارسازی، سختی در صحبت کردن و علائم یک طرفه ملنند ضعف بررسی می شود.

موارد نوشته شده در قسمت "ج" تا ۱۲ ماه اول استفاده از آمپول های ترکیبی، هر ماهه در سطح اول ارزیابی می شود.

در صورت بروز هر کدام از موارد بالا یا شک به وجود آنها موارد با "د" به جای "دارد" یا "ن" به جای "ندارد" نوشته خواهد شد.

اقدام های انجام شده در همان Box مربوطه و با کلمات توصیه، درمان و ارجاع نوشته می شود.

در صورت وجود هر کدام از موارد خانه های قرمز رنگ، ارجاع فوری به بیمارستان ضرورت دارد.

آموزش درباره هشدارها و فراموشی ارایه شود.

ج - علل و زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	عوارض	در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده می شود. در صورت قطع به دلیل عارضه نوع عارضه و در صورت قطع بدلیل عدم

تمایل به ادامه استفاده، علت عدم تمایل نوشته می شود.

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

شود.

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ح - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، شرح کارهای انجام شده نوشته شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات

تنظیم خانواده صورت گیرد.

کاندوم

الف - بررسی سطح اول - مراجعه اول - موارد منع مصرف مطلق:

حساسیت فرد به کاندوم	بلی	خیر	حساسیت همسر فرد به کاندوم	بلی	خیر
----------------------	-----	-----	---------------------------	-----	-----

در روستاها قسمت "الف" در خانه بهداشت و در شهرها در پایگاه ها و مرکز بهداشتی _ درمانی شهری تکمیل می شود.

در هر ردیف پس از ارزیابی یکی از کلمات بلی یا خیر انتخاب می شود.

اگر پاسخ "بلی" در هر یک از خانه های قرمز رنگ ثبت شود، مراجعه کننده نایستی از کاندوم استفاده کند. در صورت ثبت شدن بلی در همه خانه های

سبزنگ، استفاده از کاندوم برای مراجعه کنند بلامانع خواهد بود.

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

ب- آیا ضمن آموزش روش اورژانس پیشگیری از بارداری به مراجعه کننده یا همسر او، قرص مربوطه به او داده شد؟

بلی خیر

نوع قرص: لوونورجسترل ال دی تری فازیک (در صورت خیر علت آن نوشته شود)

قسمت "ب" در سطح اول تکمیل می شود. در صورتی که آموزش اورژانس پیشگیری از بارداری ارائه نشده یا قرص های لازم در اختیار مراجعه کننده قرار

داده نشده است، علت امر نوشته می شود.

تاریخ شروع استفاده از کاندوم:

برپایه روز/ ماه/ سال نوشته می شود.

پ- مراجعه های بعدی دریافت کاندوم (با دارد و ندارد کامل شود):

۱۰ ماه	۹ ماه	۸ ماه	۷ ماه	۶ ماه	۵ ماه	۴ ماه	۳ ماه	۲ ماه	۱ ماه	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
۲۰ ماه	۱۹ ماه	۱۸ ماه	۱۷ ماه	۱۶ ماه	۱۵ ماه	۱۴ ماه	۱۳ ماه	۱۲ ماه	۱۱ ماه	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
۳۰ ماه	۲۹ ماه	۲۸ ماه	۲۷ ماه	۲۶ ماه	۲۵ ماه	۲۴ ماه	۲۳ ماه	۲۲ ماه	۲۱ ماه	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

موارد نوشته شده در قسمت "پ" تا ۳۰ ماه اول استفاده از کاندوم، هر ماهه در سطح اول مورد ارزیابی قرار گرفته و نتیجه با دارد و ندارد در هر ستون نوشته می شود. فاصله های زمانی یک ماهه در این جدول تخمینی است. روشن است که گیرنده خدمت می تواند در هر زمانی که به کاندوم بیشتری نیاز داشته باشد برای دریافت کاندوم مراجعه کند.

ت - علل و زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	عوارض	در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

در صورت قطع استفاده از روش علت قطع در قسمت مربوطه علامت زده می شود. در صورت قطع به دلیل عارضه نوع عارضه و در صورت قطع بدلیل عدم

تمایل به ادامه استفاده، علت عدم تمایل نوشته می شود.

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

ث - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در صورت تمایل داوطلب به استفاده از روش دیگر، شرح کارهای انجام شده نوشته شود.

در صورت عدم تمایل به استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری و عدم تمایل به بارداری در آینده نزدیک، برنامه ریزی لازم برای تداوم بهره گیری از خدمات تنظیم خانواده صورت گیرد.