



دوره آموزشی بازآموزی ارزیابان

محور: مراقبت و درمان

زیرمحور: مراقبت های مادر و نوزاد

مدرس: دکتر فرانک روئین تن

تاریخ: ۱۴۰۵/۷/۱۲

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (معتمد)





سوابق مدرس



نام و نام خانوادگی

• سوابق علمی: کارشناس مامایی / دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

• سوابق اجرایی: ۲۵ سال سابقه

۱۲ سال مسئول بلوک زایمان (ماما مسئول)

۱۱ سال سوپروایزر بالینی و کارشناس اعتباربخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۱۱ سال سابقه ارزیابی کشوری





هدف اصلی



آشنایی ارزیابان با نحوه ارزیابی محور مراقبت مادر و نوزاد





اهداف اختصاصی

🌐 هدف ۱: آشنایی ارزیاب با فرایندهای مراقبت از مادر از بدو ورود تا ترخیص

🌐 هدف ۲: آشنایی ارزیاب با فرایندهای مراقبت از نوزاد در بدو تولد و شیردهی

🌐 هدف ۳: اطمینان از ارائه خدمات و ترخیص ایمن مادر و نوزاد





استاندارد

۴ استاندارد 

۱۶ سنجه 

۱۱ سنجه سطح یک 

۵ سنجه سطح دو 





عنوان

ب- ۱-۴ بیمارستان از ارائه خدمات به مادران نیازمند مراقبت ویژه اطمینان حاصل می نماید.

- ❖ بیمارستان شناسایی و ارائه خدمات ایمن به مادران نیازمند مراقبت ویژه را برنامه ریزی و اجرا میکند. (۱)
- ❖ حضور تیم مراقبتی ذیصلاح جهت ارائه خدمات ایمن به مادران نیازمند مراقبت ویژه بر اساس ضوابط برنامه ریزی و اجرا می شود. (۱)
- ❖ مراقبت و پایش مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه به صورت مستمر، ایمن و بر اساس ضوابط ارائه می شود. (۱)





فرم مراقبت از مادر پرخطر (۳۰۰/۸۸۵۲ سال ۱۳۹۱)

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (معمد)





پیام های کلیدی



- ☐ بیشتر از ۳ متخصص/یک پزشک مقیم
- ☐ پزشک آنکال ظرف مدت ۳۰ دقیقه
- ☐ حداقل راند لیبر و زایمان در هر شیفت (پزشک مقیم)
- ☐ ویزیت روزانه
- ☐ برنامه پزشکان مقیم و آنکال / استاد معین





ارایه خدمات بر اساس راهنمای کشوری ارایه خدمات مامایی

تحويل بیمار بر بالین

ابزار مامایی

			-	-	-	yes	0	24	0

⊕ :

جدول امتیازات

آموزش به مادر

احیای نوزاد

مراقبت های روتین نوزادان

...





عنوان

ب- ۲-۴ بیمارستان از مدیریت مراقبتهای مادران باردار اطمینان حاصل مینماید.

- ❖ مراقبت از مادران باردار از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در بیمارستان برنامه ریزی و انجام می شود (۱)
- ❖ مراقبتهای معمول از مادران باردار بستری بر اساس ضوابط ارائه میشود. (۲)
- ❖ مدیریت درد زایمان بر اساس ضوابط برنامه ریزی و اجرا میشود (۱)
- ❖ اولویت انجام زایمان به روش طبیعی در بیمارستان برنامه ریزی و اجرا میشود (۱)
- ❖ بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته ی ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر اطمینان حاصل مینماید (۲)





پیام های کلیدی



- ☐ فرایند تریاژ تا بستری
- ☐ فرایند ویزیت (مراجعه غیر مامایی)
- ☐ ویزیت مامایی/متخصص زنان، تا ۴۲ روز پس از زایمان
- ☐ به ازای هر ۴۰۰ زایمان یک اتاق LDR
- ☐ ارایه مراقبت های معمول زایمان بر اساس آخرین دستورالعمل ارایه خدمات مامایی (ویرایش چهارم)
- ☐ ۹ فرم ابلاغی بلوک زایمان
- ☐ شرح حال مادر باردار، جایگزین فرم ارزیابی اولیه



صدای قلب جنین

فاز فعال

• هر ۳۰ دقیقه یکبار

فاز نهفته
بستری

• هر ۶۰-۳۰ دقیقه یکبار

فاز نهفته
غیر بستری

• هر ۴ ساعت یکبار



شرح حال مادر باردار

MEDICAL HISTORY (labor ward)

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:				
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Time:	ساعت:						

Chief complaint : علت مراجعه (شکایت اصلی بیمار):

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Obstetric History: تاریخچه بارداری:

Living child:	تولد زنده	Abortion	تعداد سقط:	Para:	تعداد زایمان:	Gravidar:	تعداد حاملگی:
Dead Child:	تولد مرده	Still birth	تعداد مرده زایی:				
LMP:	اولین روز آخرین قاعدگی:	Gestational age : by Sonography :	سن بارداری: با سونوگرافی:	EDC:	تاریخ احتمالی زایمان:	LMP:	اولین روز آخرین قاعدگی:
Childbirth preparation class:	شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان:			Prenatal care:	چندپار:		انجام مراقبت های بارداری:
No : ☐	خیر:	Yes: ☐	بله:	No : ☐	خیر:	Yes: ☐	بله:
Cause :	علت:			Hospital Admission during Pregnancy:	سابقه بستری در بیمارستان در بارداری فعلی:		سابقه بستری در بیمارستان در بارداری:
					No : ☐	خیر:	Yes: ☐

Past Medical History : تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia	تالاسمی مینور	Hypertension	فشارخون بالا	Diabetes	دیابت	Heart dis	بیماری قلبی
						Kidney dis	بیماری کلیوی
Infertility & ART	نازایی و استفاده از روش های کمک باروری	Genital tract disorder	اختلال دستگاه تناسلی	Tuberculosis	سل	Liver dis	بیماری کبدی
Surgical History	سابقه عمل جراحی	Psychiatric disorder	اختلال روانی	Asthma	آسم	Thyroid dis	بیماری تیروئید
HbsAg, HIV	هیپاتیت ب، ایدز	Coagulopathy	اختلال انعقادی	Epilepsy	صرع		سایر:
Other:							

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

Family history: تاریخچه خانوادگی:

Previous Obstetric History: تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی:

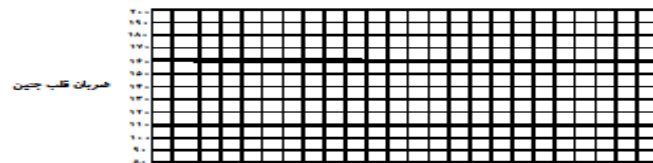
Fetus Malformation	جنین ناهنجار	Vacuum or forceps delivery	زایمان با واکویم یا قلع	dystocia	زایمان سخت	post partum hemorrhage	خونریزی پس از زایمان
Birth weight > 4000 gr	تولد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	Post term labor	زایمان پس از موعد	Preterm labor	زایمان زودرس	Blood Transfusion history	سابقه دریافت خون
Previous deliveries:	نوع زایمان های قبلی:						تولد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
If C/S, Cause:	در صورت سزارین، علت آن:						Birth weight < 2500 gr
Other :							سایر:

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

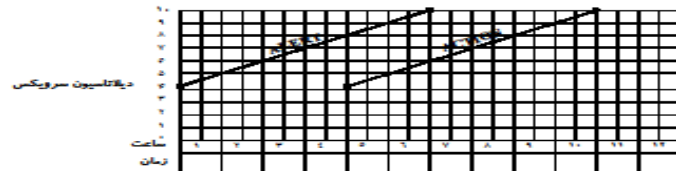
DB-۱/۱

فرم پارتوگراف

نام خانوادگی: نام پدر: نام: نام زایمان: تاریخ پذیرش: ساعت پذیرش: تاریخ پذیرش: ساعت شروع قاز فعال: ساعت پارگی کیسه آب: تعداد زایمان: تعداد بارداری:



تاریخ زایمان: زمان زایمان: ساعت دقیقه: مایع آمنیوتیک



جنس نوزاد: دختر ☐ پسر ☐

زمان خروج جفت: وضعیت جفت و پرده ها: کامل ☐ ناقص ☐

اگر زایمان: با ☐ خیر ☐ درجه پارگی:

پوزیشن زایمان: upright ☐ ایناتوس ☐

تولید سر: تعداد انقباض در ۱۰ دقیقه: اکسی توسین قطره / دقیقه: دفعات دفعه:

علامت حیاتی مادر: فشارخون: دمای: درجه حرارت: ساعت انتقال به بخش:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت: مهر و امضاء عامل زایمان:





پیام های کلیدی

گزارش لیبر

کاردکس





- ☐ کلاس های آمادگی زایمان طبیعی
- ☐ حضور مامای همراه
- ☐ فعال بودن کمیته ترویج زایمان طبیعی
- ☐ بررسی شاخص سزارین (رابسون)
- ☐ کمیته تشخیص سزارین (معتمد)
- ☐ اقدامات اصلاحی (بازخورد به متخصصین/اعمال ضریب کارانه)
- ☐ استفاده از روش های بی دردی (تن آرامی / زایمان فیزیولوژیک، انتونوکس و...)
- ☐ افزایش سالیانه ۵ درصد میزان زایمان بی درد



افزایش زایمان طبیعی؟





عنوان

ب- ۳-۴ بیمارستان از مدیریت مراقبتهای نوزادان اطمینان حاصل مینماید.

- ❖ شناسایی نوزادان بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی انجام میشود (۱)
- ❖ مراقبت نوزادان بر اساس ضوابط مربوطه در مراحل زایمان برنامه ریزی و ارائه میشود (۱)
- ❖ احیای نوزادان بر اساس ضوابط مربوط در مراحل زایمان برنامه ریزی و ارائه میشود (۱)
- ❖ در اتاق زایمان / اتاق عمل امکانات و حضور افراد ذیصلاح برای احیاء نوزادان برنامه ریزی و تأمین میشود (۱)
- ❖ استمرار ارتباط مادر و نوزاد برنامه ریزی و اجرا میشود (۲)
- ❖ تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر برای نوزادان بستری فراهم است (۲)





پیام های کلیدی

- ☐ نشان دادن نوزاد به مادر
- ☐ نصب دستبند شناسایی (سه نسخه)
- ☐ اثر کف پا





پیام های کلیدی



- ☐ ارایه خدمات نوزاد بر اساس بسته مراقبتی نوزاد سالم
- ☐ بر قراری تماس پوستی
- ☐ انتقال هم زمان مادر و نوزاد



Skin to skin





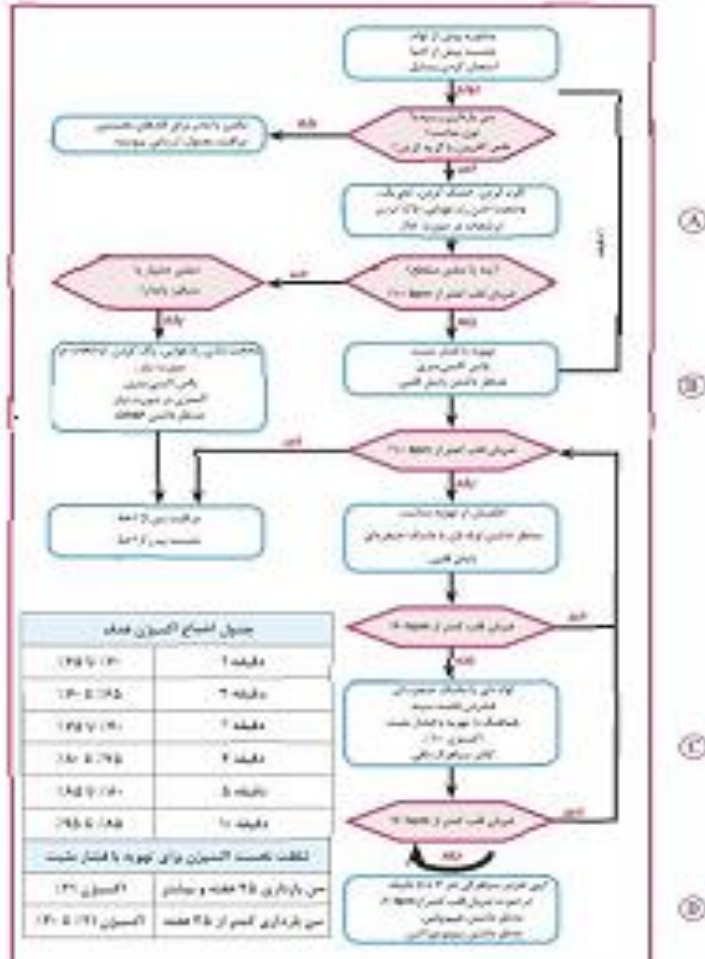
KMC





پیام های کلیدی

- آماده بودن تجهیزات احیا (اتاق عمل/زایمان)
- دسترسی کمتر از ۱۵ ثانیه
- حضور فوق تخصص نوزادان.....پزشک عمومی/ماما و...
- حضور عامل نوزاد در اتاق عمل
- برنامه مقیم یا انکالی نوزادان
- نصب الگوریتم احیا
- برنامه احیا نوزاد (کد ۸۸)
- گواهی پیشرفته احیا نوزاد





پیام های کلیدی

- اتاق آموزش شیردهی
- تجهیزات دوشیدن و نگهداری شیر
- اتاق استراحت مادر در مجاورت بخش های نوزادان
- تغذیه مادرشیرده
- نبود محدودیت ورود مادر به بخش نوزادان
- هم آغوشی مادر نوزاد/پدر
- تکمیل فرم شیردهی
- اولین شیردهی در ریکاوری

فرم ثبت مشاهده شیردهی

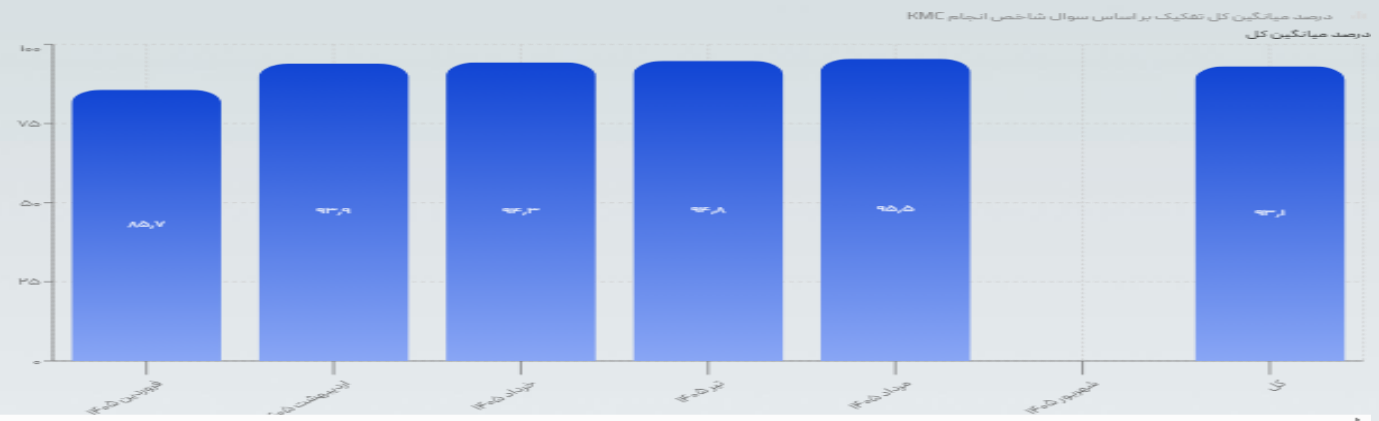
نام شیرخوار: _____ نام بیمارستان: _____ بیمارستان محل تولد: _____ تاریخ: _____
نام پزشک: _____ شماره پرونده: _____ تاریخ تولد: _____ علت بستری: _____

مشاهده کننده	مشاهده کننده	مشاهده کننده
نام:	نام:	نام:
نام خانوادگی:	نام خانوادگی:	نام خانوادگی:
تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:
ساعت تولد:	ساعت تولد:	ساعت تولد:
وزن تولد:	وزن تولد:	وزن تولد:
قد تولد:	قد تولد:	قد تولد:
رنگ پوست:	رنگ پوست:	رنگ پوست:
رنگ چشم:	رنگ چشم:	رنگ چشم:
رنگ مو:	رنگ مو:	رنگ مو:
وضعیت تغذیه:	وضعیت تغذیه:	وضعیت تغذیه:
وضعیت خواب:	وضعیت خواب:	وضعیت خواب:
وضعیت تنفس:	وضعیت تنفس:	وضعیت تنفس:
وضعیت حرکت:	وضعیت حرکت:	وضعیت حرکت:
وضعیت گریه:	وضعیت گریه:	وضعیت گریه:
وضعیت استفراغ:	وضعیت استفراغ:	وضعیت استفراغ:
وضعیت مدفوع:	وضعیت مدفوع:	وضعیت مدفوع:
وضعیت ادرار:	وضعیت ادرار:	وضعیت ادرار:
وضعیت تب:	وضعیت تب:	وضعیت تب:
وضعیت زردی:	وضعیت زردی:	وضعیت زردی:
وضعیت زخم:	وضعیت زخم:	وضعیت زخم:
وضعیت عفونت:	وضعیت عفونت:	وضعیت عفونت:
وضعیت سایر:	وضعیت سایر:	وضعیت سایر:

نشانه های هشدار دهنده در مجاورت نوزاد یا مادر زیر یک نگاه است.

نوع: این فرم تمام مشکلات تغذیه ای شیر مادر را نشان نمی دهد. اما خاطرنشان می سازد که نیاز به توجه بیشتر ی دارد و را نشان می دهد.







عنوان

ب- ۴-۴ بیمارستان از آموزش به مادران در خصوص مراقبت از خود و نوزاد اطمینان حاصل می نماید.

❖ آموزشهای لازم در خصوص فرایند زایمان، شیردهی و پس از زایمان به مادران ارائه میشود (۱)

❖ پس از ترخیص میزان رعایت برنامه های خودمراقبتی مادر و نوزاد و مراجعه بعدی توسط بیمارستان پیگیری می شود (۲)

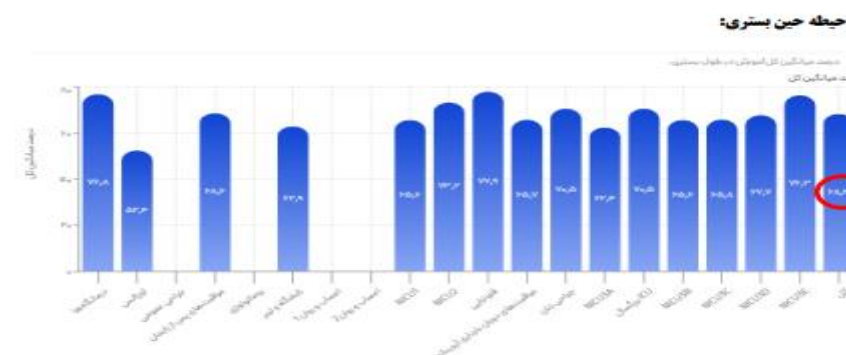




خودمراقبتی

- مشاهده
- مصاحبه با بیمار
- تماس با بیمار
- (۳-۵ روز پس از زایمان)



[illegible]

سوالات در هر چهار حیطه با ذکر درصد به شرح ذیل می باشد:

کد	حیطه ریاضی	حیطه علوم	حیطه ادبیات	حیطه زبان	حیطه اجتماعی
۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۲۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۳۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۴۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۵۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۶۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۷۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۸۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۱	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۲	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۳	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۴	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۵	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۶	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۷	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۸	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۹۹	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪
۱۰۰	۴۵٪	۵۵٪	۴۰٪	۴۰٪	۱۰٪

بدو
رورد

چین
ستری

چین
خبر







معتد

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

با تشکر از توجه شما!

 آدرس: تهران-بلوار ایوانک شرقی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- بلوک C طبقه 13

تلفن: 021-81452883/021-81452878



وبسایت و شبکه های اجتماعی: <https://zil.ink/hmdi>



**راه های ارتباطی
معتد**

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (معتد)