

# EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTERIUM HIVATALOS LAPJA

## TARTALOM

### I. RÉSZ Személyi rész

### II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

### III. RÉSZ Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

- 43/2025. (X. 30.) BM rendelet a közfinanszírozott CT-MRI vizsgálatokat végző magánegészségügyi szolgáltatóknak járó állami kártalanítás mértékének megállapításáról ..... 2266
- 44/2025. (XI. 4.) BM rendelet az ellenőrzött anyagokról szóló 78/2022. (XII. 28.) BM rendelet módosításáról ..... 2268

### IV. RÉSZ Útmutatók

### V. RÉSZ Közlemények

- A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a nem-kissejtes tüdőrák diagnosztikájáról és komplex ellátásáról ..... 2270
- A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az akut koronária szindrómáról ..... 2374
- A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából ..... 2398
- A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ közleménye orvostechnikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezetek feljogosításáról ..... 2416
- 2/2025. (X. 30.) OKFŐ utasítás az egészségügyi szolgálati jogviszonyt érintő további jogviszony engedélyezésével kapcsolatos eljárásról ..... 2417

### VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

### VII. RÉSZ Vegyes közlemények

- Pályázati hirdetmény betölthető állásokra ..... 2423

## **A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából**

<b>Típusa:</b>	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
<b>Azonosító:</b>	002342
<b>Érvényesség időtartama:</b>	megjelenést követő 3 év

### **I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK**

#### **Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

##### **1. Szülészeti- és nőgyógyászat Tagozat**

Dr. Nagy Sándor szülész-nőgyógyász, klinikai genetikus, szülészeti-nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika szakorvosa, elnök, kapcsolattartó, társszerző

#### **Fejlesztő munkacsoport tagjai:**

Prof. Dr. Ács Nándor szülész-nőgyógyász, társszerző  
Dr. Demeter János szülész-nőgyógyász, társszerző  
Dr. Kovács Kálmán szülész-nőgyógyász, társszerző  
Dr. Kransznai Zoárd szülész-nőgyógyász, társszerző  
Prof. Dr. Paulin Ferenc szülész-nőgyógyász, társszerző  
Prof. Dr. Várbíró Szabolcs szülész-nőgyógyász, társszerző

#### **Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozatok:**

##### **1. Háziorvostan Tagozat**

Dr. Szabó János háziorvostan, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező

##### **2. Gyermekek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat**

Dr. Kovács Tamás neonatológus, csecsemő-gyermekgyógyász, elnök, véleményező

##### **3. Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi)**

Lőrinczi Orsolya Éva védőnő, okleveles szakvédőnő – területi szakvédőnő specializáció (MSc), elnök, véleményező

##### **4. Igazságügyi orvostan, orvosszakértés biztosítási orvostan**

Dr. Szabados György igazságügyi orvostan és egészségbiztosítás szakorvosa, egészségügyi szakjogász, elnök, véleményező

##### **5. Radiológia Tagozat**

Prof. Dr. Kincses Zsigmond Tamás neuroradiológia, radiológia, neurológia, neuro-ophtalmológia, neurosonológia, vascularis neurológia szakorvosa, elnök, véleményező

*„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”*

*„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek.”*

#### **Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői**

##### **Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Nem került bevonásra.

##### **Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Nem került bevonásra.

##### **Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:**

Nem került bevonásra.

##### **Független szakértő(k):**

Nem került bevonásra.

## II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

## III. HATÓKÖR

<b>Egészségügyi kérdéskör:</b>	Élő, méhen belüli várandósság rizikójának besorolása.
<b>Ellátási folyamat szakasza:</b>	Diagnosztika és gondozásba vétel.
<b>Érintett ellátottak köre:</b>	Várandósgondozásra jelentkezők.
<b>Érintett ellátók köre</b>	
<b>Szakterület:</b>	0400 szülészet-nőgyógyászat 0408 szülészeti-nőgyógyászati szonográfusi tevékenység
<b>Ellátási forma:</b>	J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás
<b>Progresszivitási szint:</b>	I., II., III.
<b>Egyéb specifikáció:</b>	Nincs.

## IV. MEGHATÁROZÁSOK

### 1. Fogalmak

**Élő várandósság:** ultrahang-diagnosztikai fogalom. A vizsgálat során látható a magzat és kimutatható a magzati szívűködés. Ikervárandósság esetén előfordulhat, hogy csak az egyik magzat szívűködése (élő volta) mutatható ki [1].

**Méhen belüli várandósság:** ultrahang-diagnosztikai fogalom. A magzat biztosan a méhben, a petezsákon belül helyezkedik el. Lehetséges, hogy a magzati szívűködés még nem látható (korai várandósság), vagy korábbi már igazolt élő várandósság után nem látható magzati szívűködés (missed abortion, spontán abortusz, komplett abortusz) [1].

**Élő, méhen belüli várandósság:** a két előbbi feltétel egy időben teljesül.

**A várandóssági rizikóbesorolás:** az a kockázatelemzési folyamat, amelynek során a szülész-nőgyógyász szakorvos besorolja a várandósságot a magas vagy alacsony rizikócsoporthoz valamelyikébe. A fejlesztőcsoport megjegyzi, hogy bár bizonyos irodalmi források használják a közepes rizikójú csoport fogalmát is, jelen irányelv csak két rizikócsoporthoz különböztet meg; a közepes rizikót is az alacsony rizikójú csoportba sorolja.

**Alacsony rizikójú várandósság:** a várandós családi, környezeti, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság esetén – előző várandósságra vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja. Ezen várandósságok esetén a várandósság kimenetelét jelző legfontosabb szülészeti mutatók (például perinatális halálozás, koraszülés, fejlődési rendellenességek előfordulása) várhatóan az átlagpopuláció azonos mérőszámainál (szakmai indikátorok) alacsonyabb. Ide sorolható minden olyan először szülő, akinél nincs kimutatható várandóssági rizikó, mivel ez a csoport szülészeti szempontból nem besorolható.

**Magas rizikójú várandósság:** esetén a várandósság kimenetelét jelző legfontosabb szülészeti indikátorok értékei (perinatális halálozás, koraszülés, fejlődési rendellenességek előfordulása) az átlagpopuláció azonos mérőszámainál várhatóan magasabbak.

**Várandósgondozás:** az az ellátási folyamat, ami a várandósság megállapításától a szülés megindulásáig vagy a várandósság megszakadásáig tart. A várandósgondozás akkor kezdődik, amikor a szülész-nőgyógyász szakorvos az élő, méhen belüli várandósságot megállapítja, a rizikóbesorolást elvégzi és erről a várandós részére igazolást ad.

**Felelős személy:** az a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy szülésznő, aki a jelen egészségügyi szakmai irányelv szerinti rizikóbesorolást követően a várandós gondozását a szakellátás keretében végzi. A felelős személy felel a gondozás szakmailag helyes végzéséért.

## 2. Rövidítések

<b>ACOG:</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium)
<b>BMI:</b>	Body Mass Index (testtömeg-index)
<b>GDP:</b>	Gross Domestic Product (bruttó hazai termék)
<b>HIV:</b>	Human Immunodeficiency Virus (humán immundeficiencia vírus)
<b>HELLP:</b>	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count (haemolysis, emelkedett májenzimszintek, alacsony thrombocytaszám)
<b>IUGR:</b>	Intrauterine Growth Restriction (intrauterin növekedési retardáció)
<b>NICE:</b>	National Institute for Health and Care of Excellence (Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete)
<b>PIC:</b>	Perinatális Intenzív Centrum
<b>PCOS:</b>	Polycystic Ovary Syndrome (Policisztás ovárium szindróma)
<b>RCT:</b>	Randomized Controlled Trial (randomizált, kontrollált vizsgálat)
<b>SLE:</b>	Systemas Lupus Erythematosus (szisztémás lupus erythematosus)
<b>STD:</b>	Sexually Transmitted Diseases (szexuális úton terjedő betegségek)

## 3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok besorolását a fejlesztőcsoport az adaptált nemzetközi irányelvből vette át [2].

A bizonyítékok szintje	Magyarázat
<b>1a</b>	Szisztematikus review vagy RCT-ken alapuló metaanalízis
<b>1b</b>	Legalább egy randomizált vizsgálat kontrollcsoporttal
<b>2a</b>	Legalább egy nem randomizált vizsgálat kontrollcsoporttal
<b>2b</b>	Legalább egy más típusú tervezett vizsgálat
<b>3</b>	Esettanulmányok, leíró tanulmányok
<b>4</b>	Szakértői, szakmai bizottsági vélemények

## 4. Ajánlások rangsorolása

Az ajánlásokat a fejlesztőcsoport a forrásirányelvnek megfelelően az azokat alátámasztó evidenciaszintek alapján sorolta be [2].

Az ajánlások szövegében a megfogalmazás módja (például kell, javasolt, lehet, nem javasolt) tükrözi a fejlesztők véleményét a magyar ellátói környezetben való alkalmazhatóságról, amely megegyezik a forrásirányelv megfogalmazásával.

Az ajánlások erőssége	Az alátámasztó bizonyítékok szintje
A	1a és 1b szintű evidenciák
B	2a és 2b szintű vagy 1 szintű evidenciából származtatott evidenciák
C	3 szintű vagy 1 és 2 szintű evidenciákból származtatott evidenciák
D	4 szintű evidenciák vagy 1, 2 és 3 szintű evidenciákból származtatott evidenciák
E	A fejlesztőcsoport szakmai véleménye

## V. BEVEZETÉS

### 1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Jelen egészségügyi szakmai irányelv előzményeként megjelent két korábbi irányelv kifejlesztését a vonatkozó várandósgondozásról szóló jogszabály megalkotása (a továbbiakban: Rendelet) tette szükségessé. [3] A Rendelet lehetővé tette, hogy szakmai alapon történő rizikóbesorolást követően az alacsony rizikócsoporthoz sorolható várandós képzett szülész-nővér válasszon várandóssága gondozására. A várandósgondozásban felelős személyként szülész-nőgyógyász szakorvos és a Rendeletben meghatározott kompetenciákkal és végzettséggel rendelkező szülész-nő (a továbbiakban: szülész-nő) vehet részt. A Rendeletben foglaltak végrehajtása érdekében ki kellett dolgozni azt a módszertani eszközt, melynek segítségével eldönthető, hogy a várandóst szülész-nő vagy szülész-nőgyógyász szakorvos gondozhatja. Ehhez el kellett készíteni egy olyan listát („Rizikófelmérési adatlap”), amely szakmai bizonyítékokon (úgynevezett evidenciákon) alapul, és amelyet felhasználva a gondozásba vételkor eldönthető, hogy a várandósságot alacsony vagy magas rizikójú csoportba kell-e sorolni. A „Rizikófelmérési adatlap a várandós gondozásba vételéhez” című adatlapot (lásd a XI. Melléklet 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok).

#### Célok

Az egészségügyi szakmai irányelv célja választ adni azokra a klinikai kérdésekre, miszerint:

- milyen feltételek teljesülése során állapítható meg élő, méhen belüli várandósság (lásd Ajánlás1),
- milyen kritériumok és/vagy betegségek, illetve azok stádiuma/klinikai állapota esetén számít alacsony vagy magas rizikójúnak a várandósság (lásd szakmai/klinikai ajánlások),
- hogyan történik a várandósság megállapítása és a gondozásba vétel dokumentálása (lásd Ajánlás2–5).

Az egészségügyi szakmai irányelv céljainak megvalósulása esetén:

- a szülész-nők is részt vehetnek az alacsony kockázatú várandósságok gondozásában,
- az alacsony rizikócsoporthoz tartozó várandósok élhetnek a szülész-nők és a szülész-nőgyógyász szakorvosok közötti választás lehetőségével a gondozásba vétel során,
- alkalmazásával egységes szakmai elvek mentén történik a várandósok rizikóbesorolása,
- szakmailag korszerűbbé válik a várandósok gondozásba vételének folyamata.

### 2. Felhasználói célcsoport

Jelen egészségügyi szakmai irányelv az ellátók számára szükséges abból a célból, hogy a szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított élő, méhen belüli várandósság egységes szakmai szempontok szerint kerüljön rizikóbesorolásra, és a várandóst eszerint vegyék gondozásba. Ennek alapján történjen meg a felelős személy kiválasztása és kezdődjön meg a gondozási folyamat.

Az egészségügyi kérdéskör az érintett ellátókon, azaz szülész-nőgyógyászokon túlmenően az alábbi célcsoportok számára is releváns: szülész-nők, mint lehetséges felelős személyek; védőnők, mint gondozásban részt vevő szakemberek és házi orvosok, mint a várandós alapellátását végző szakorvosok. Nem utolsósorban a várandósok, mint ellátottak számára is információval szolgál.

A vonatkozó jogszabálynak megfelelően, szakmai szempontok alapján a rizikóbesorolás felülvizsgálatra kerülhet és megváltozhat. Jelen egészségügyi szakmai irányelvnek nem tárgya a várandós rizikóbesorolásának későbbi, a várandósság alatti megváltoztatása.

Az egészségügyi szakmai irányelv a fentiekén túl általános tájékoztatásra is szolgál a hazai egészségügyi ellátás jelen irányelvben meghatározott folyamatairól.

### 3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

#### Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés egy jelenleg érvényes szakmai irányelv felülvizsgálata.

<b>Azonosító:</b>	002238
<b>Cím:</b>	A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából [4]
<b>Nyomtatott verzió:</b>	Egészségügyi Közlöny, 2022; 72(15): 1967-1984.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek">https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek</a>

**Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:**

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

<b>Szerző(k):</b>	–
<b>Tudományos szervezet:</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>Cím:</b>	Antenatal care: (NICE) Guideline (NG201) [2]
<b>Megjelenés adatai:</b>	2021. augusztus 19.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng201">https://www.nice.org.uk/guidance/ng201</a>
<b>Szerző(k):</b>	–
<b>Tudományos szervezet:</b>	American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>Cím:</b>	Guidelines for Perinatal Care. 8th edition. [5]
<b>Megjelenés adatai:</b>	2017. ISBN: 978-1-934984-69-7
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://publications.aap.org/aapbooks/book/522/Guidelines-for-Perinatal-Care">https://publications.aap.org/aapbooks/book/522/Guidelines-for-Perinatal-Care</a> <a href="https://hscsnhealthplan.org/sites/default/files/OB%20-%20ACOG%20Guidelines%20for%20Perinatal%20Care%20-%208th%20Edition.pdf">https://hscsnhealthplan.org/sites/default/files/OB%20-%20ACOG%20Guidelines%20for%20Perinatal%20Care%20-%208th%20Edition.pdf</a>

**Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:**

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvvel.

**VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE****Szervezési jellegű ajánlások****Ajánlás1****Az élő, méhen belüli várandósságot ultrahangvizsgálattal kell megállapítani. (A) [1, 2]**

Amennyiben a vizsgálatot szülész-nőgyógyászati ultrahang-diagnosztikai szakasszisztens, szülészeti-nőgyógyászati szonográfus, radiológus, vagy ultrahangvizsgálatot alkalmazó egyéb szakorvos végzi, a páciens tovább kell irányítani a szülész-nőgyógyász szakorvoshoz [1, 2].

A méhen belüli, élő várandósság kimutatására kizárólag ultrahangvizsgálaton alapuló módszer eredménye fogadható el. Az élő, méhen belüli várandósság legkorábban a várandósság 6. hetében transzvaginális ultrahangvizsgálattal mutatható ki, a méhen belül található magzati szív működés detektálása alapján. A módszer biztonsága igen nagy, a gyakorlatban lényegében 100%-os biztonságúnak tekinthető. Hibát csak a nagyon ritka szimultán várandósság okoz. További, nagyon ritka hibalehetőség, hogy a magzati szív működést nem a méh üregében, hanem méhen kívül észleljük, és azt méhen belüli szív működésnek véleményezzük [1, 2]. A várandósság 7–8. hetétől kezdődően a magzati szív működés már hasi fejjel végzett ultrahangvizsgálattal is megállapítható [1, 2]. A leletet a leletírás szabályai szerint dokumentálni kell [1].

**Ajánlás2****A „Rizikófelmérési adatlap” felhasználásával a szülész-nőgyógyász szakorvosnak rizikóbesorolást kell készítenie. (E)**

A „Rizikófelmérési adatlap”-ot a jelen egészségügyi szakmai irányelv javaslatai alapján három példányban úgy kell kitölteni, hogy minden rubrikában legyen +/- jelzés. Ha egyetlen rubrikába olyan jel kerül, amely magas kockázatot jelöl, úgy a várandósság magas kockázatúnak kell minősíteni.

**1. számú adatlap:** Rizikófelmérési adatlap a várandós gondozásba vételéhez [Saját szerkesztés]

<b>RIZIKÓFELMÉRÉSI ADATLAP</b> <b>a várandós gondozásba vételéhez</b>	
<b>NÉV</b>	
<b>ELÉRHETŐSÉG</b>	
<b>TAJ</b>	<b>szül. dátum:</b>
<b>ÁLTALÁNOS RIZIKÓTÉNYEZŐK</b>	
<b>Rizikótényezők</b>	<b>Fennáll-e a kockázat (+/-)</b>
1. Az anya kora (születési dátum alapján) 40 felett vagy 18 év alatt magas kockázatú	
2. A terhesség kora hetekben a jelentkezéskor (14 felett magas kockázatú)	
3. Hányadik szülés? 4 felett magas kockázatú	
4. Pszichoszociális helyzet	
<b>II. RIZIKÓTÉNYEZŐK: A VÁRANDÓSSÁG ELŐTT ISMERT VAGY A GRAVIDA ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSE SORÁN FELISMERT BETEGSÉGEK, ÁLLAPOTOK</b>	
<b>Rizikótényezők</b>	<b>Fennáll-e a kockázat (+/-)</b>
5. Rendszeresen fogyaszt alkoholt, drogfogyasztó vagy dohányzik (naponta 10 szálnál többet)	
6. HIV vagy hepatitis B, C fertőzés	
7. BMI indexe 18 alatt vagy 30 felett	
8. Krónikus hipertonia-betegség, szív- és érrendszeri megbetegedés	
9. Endokrin betegség (diabetes, hyperthyreosis, hypothyreosis, PCO)	
10. Krónikus gastrointestinalis, máj-, tüdő-, (súlyos asthma), vesebetegség	
11. Idegrendszeri és (kezelést igénylő) pszichiátriai megbetegedés (pl. epilepsia, schizophrénia, depressio)	
12. Haematológiai, autoimmun, thromboemboliás betegség, antiphospholipid szindróma	
13. Daganatos megbetegedések	
14. Genetikai betegségek a családban	
15. Ikerterhesség, többes iker	
16. Vértetés a jelen terhességben (fenyegető vetélés)	
<b>III. RIZIKÓTÉNYEZŐK: AZ ELŐZŐ TERHESSÉG(EK) ÉS/VAGY SZÜLÉS(EK)SORÁN ELŐFORDULT SZÖVŐDMÉNYEK</b>	
<b>Rizikótényezők</b>	<b>Fennáll-e a kockázat (+/-)</b>
17. Habitualis vetélés	
18. Méhen végzett műtét, császármetszés, konizáció	
19. Koraszülés	
20. Praeclampsia, HELLP syndroma	
21. Rh(D)-Isoimmunisatio	
22. Magzati restrikcio	
23. Gestatiós diabetes	
24. Újszülött súlya 4500 g feletti	
25. Perinatális halálozás ismeretlen okból	
<b>KOCKÁZATELEMZÉS EREDMÉNYE</b>	
<b>Rizikóbesorolás:</b>	<b>ALACSONY/MAGAS</b>
<b>BESOROLÁST VÉGZŐ SZÜLÉSZ SZAKORVOS</b>	
<b>NEVE, PECSÉTSZÁMA, elérhetősége</b>	
<b>Dátum:</b>	

**Ajánlás3**

**Az ultrahanglelet és a „Rizikófelmérési adatlap” alapján a szülész-nőgyógyász szakorvosnak egy „Tájékoztató a felelős személy választásáról” című dokumentumot kell kitöltenie 3 példányban, amely tartalmazza a felelős személy választásának módját és a várandós további gondozásával kapcsolatos legfontosabb teendőket. (E)**

**1. számú tájékoztató:** Tájékoztató felelős személy választásáról [Saját szerkesztés]

- Az alábbi tájékoztató 3 példányban készül. Egy marad a várandós tulajdonában, míg a 2. és 3. példányt a várandós a vonatkozó jogszabályok szerint a területileg illetékes védőnőnek, illetve a választott háziornosnak adja át. A felelős személy a választás tényét a várandósgondozási kiskönyv erre a célra kijelölt helyén aláírásával és pecsétjével igazolja.

**TÁJÉKOZTATÓ FELELŐS SZEMÉLY VÁLASZTÁSÁRÓL**  
(készült 3 példányban)

A 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet (a továbbiakban: Rendelet) értelmében megállapítottam, hogy önnek élő, méhen belüli várandóssága van.

Az ön várandóssága jelenleg **alacsony/magas** (a megfelelő állítás aláhúzendó) rizikócsoporthoz tartozik.

A Rendelet szerint önnek **felelős személyt kell választania**, aki önt a várandósság ideje alatt gondozni fogja. Amennyiben a várandósság **alacsony rizikójú**, a választott **felelős személy lehet szülész-nőgyógyász szakorvos**, ha a várandósság **magas rizikójúnak** minősül, akkor **a felelős személy csak szülész-nőgyógyász szakorvos lehet.**

A jelen vizsgálatot követően önnek fel kell keresnie a területileg illetékes védőnőt, aki a várandósgondozással kapcsolatos dokumentumokat vezeti. Itt kapja meg a „Várandós anya gondozási könyvét”, amelybe a felelős személy, a védőnő, az ön háziornosa és az esetleges konziliáriusok bejegyzik a várandósságára vonatkozó információkat.

A védőnő és az ön háziornosa is áttekinti a rizikóbesorolást.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy indokolt esetben (a gondozás során új információ felmerülése esetén) a rizikóbesorolás változhat. A pontos rizikóbesorolás a személyre szabott gondozást és így az ön és születendő gyermeke egészségét szolgálja! .....

..... (helység), 20.....(év)..... (hó) ... (nap)

..... a vizsgálatot végző szakorvos aláírása

..... (pecsétszáma) telefonos elérhetősége

Három példányt átvettem, az egyik az én tulajdonom, a másodikat átadom a területileg illetékes védőnőnek, a harmadikat a háziornosnak.

.....(helység), 20.....(év)..... (hó) ... (nap)

.....

..... várandós aláírása

**Ajánlás4**

**Az Ajánlás1-Ajánlás3 szerinti dokumentumokat a szülész-nőgyógyász szakorvosnak át kell adnia a várandósnak. (E)**

A várandós 3 típusú dokumentumot kap:

- Az ultrahangvizsgálat részletes lelete (1 példány), amelyben szerepel:
  - élő, méhen belüli várandósság;
  - Gravida septima (terhességi hét) N. (ahol N a betöltött várandóssági hetek száma).
- Kitöltött „Rizikófelmérési adatlap” (3 példány), amelyen szerepel a rizikóbesorolás eredménye. Ezekből egy példány a várandósnál marad, a másikat a területileg illetékes védőnő, míg a harmadik példányt a választott háziornos kapja:
  - alacsony kockázatú várandósság;
  - magas kockázatú várandósság, a besorolás következő pontjai alapján.

- „Tájékoztató a felelős személy választásáról” című dokumentum (3 példány). Egy marad a várandós tulajdonában, míg a 2. és 3. példányt a várandós a vonatkozó jogszabályok szerint a területileg illetékes védőnőnek, illetve a választott háziornosnak adja át. A felelős személy a választás tényét a várandósgondozási kiskönyv erre a célra kijelölt helyén aláírásával és pecsétjével igazolja.

#### **Ajánlás5**

##### **A szülész-nőgyógyász szakorvosnak a várandós számára teljes körű tájékoztatást kell nyújtania a felelős személy választásáról és a további tennivalókról. (E)**

Az Ajánlás4 szerinti dokumentumokkal (ultrahangvizsgálat részletes lelete; kitöltött „Rizikófelmérési adatlap”; „Tájékoztató a felelős személy választásáról”) a várandósnak jelentkeznie kell a területileg illetékes védőnőnél, majd háziornosánál.

Tekintettel arra, hogy az első rizikóbesorolás nem tartalmaz minden olyan releváns információt, amely a későbbiekben – a várandós gondozása során – jut a szakemberek tudomására, az elsődleges besorolás a várandósság során megváltozhat. A besorolás megváltozásának későbbi lehetőségére és annak következményére a szülész-nőgyógyász szakorvosnak fel kell hívnia a gravida figyelmét.

Az első rizikóbesorolás módosítására vonatkozó javaslatát a választott háziornos a „Várandós anya gondozási könyvében” dokumentálja és a várandóst szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítja. Amennyiben a rizikófelmérsben megfogalmazott tényezők valamelyikében változás áll be, újabb rizikófelmérés szükséges, és döntés a felelős személyről, aki a továbbiakban a várandósságot gondozza.

#### **Szakmai jellegű ajánlások**

##### **Általános rizikótényezők**

#### **Ajánlás6**

##### **Magas rizikócsoporthba kell sorolni az alábbi, az egészségi állapotot befolyásoló általános kockázati tényezők valamelyikének fennállása esetén a várandóst:**

###### **– 40 évesnél idősebb életkorú vagy 18 év alatti életkorú. (B) [1, 2]**

Betöltött 40 éves korban vagy felette lényegesen megemelkednek a várandósság szövődményei: a vetélés kockázata 25%, a kromoszóma-rendellenességek gyakorisága 5%, a magas vérnyomás, várandóssági cukorbetegség is jóval gyakrabban fordul elő, mint a fiatalabb populációban. Ez indokolja a magas rizikójú csoportba történő sorolást.

A nagyon fiatal életkorban, Magyarországon ennek határa – szubjektív megítélés szerint – 18 éves kor alatt van, a várandósok szociális helyzete általában nem stabil. A várandósság szinte sohasem tervezett. A fiatalok compliance-e kisebb, kevésbé lehet várni fegyelmezett viselkedést a vizsgálatokon való megjelenések és gyógyszervesedés tekintetében. Ebben a korban a praeeclampsia, a koraszülés gyakoribb. Ez indokolja a 18 év alatti várandósok magasabb rizikócsoporthba való besorolását.

###### **– ha a várandósság kora a jelentkezéskor 14 hét feletti. (D)**

###### **– amennyiben előzőleg 4 vagy több szülése volt (grand multipara). (A) [1, 2, 5]**

A sokadik szülés esetén lényegesen megnő a különféle várandóssági kórképek előfordulása, különösen, mivel gyakran a szülő nő kora is magas. Ezenfelül még fiatalabb szülő nő esetén is gyakoribb az anaemia, atóniás vérzés, így a magas rizikójú csoportba sorolandó.

###### **– pszichoszociálisan kedvezőtlen faktorok. (B) [1]**

A nemzetközi ajánlások, populációs megfigyelések statisztikai eredményei lineáris összefüggést mutatnak ki az egy főre jutó bruttó hazai termék és a perinatális magzati mortalitás, valamint a gyermekhalandóság és a szülés körüli anyai betegségek, anyai halálozás vonatkozásában. A rizikótényezők besorolásánál a pszichoszociális helyzet minőségét az egzisztenciális tényezők, az interperszonális kapcsolatok minősége, az életminőség, a külső és a családon belüli stressz faktorok súlyossága, az addiktológiai tényezők és a komorbid pszichiátriai zavarok megléte és súlyossága együttesen határozzák meg. Tekintettel arra, hogy a pszichoszociális rizikó megítélésére objektív szempontrendszer eddig még nem került kidolgozásra, jelen egészségügyi szakmai irányelvben a teljesség igénye nélkül a fent felsoroltakon kívül kiemelünk néhány szempontot, amelyek a rizikóbesorolásban segíthetik a szülész-nőgyógyász szakorvost:

- Ha a gravida a betöltött 14. hét után jelentkezik a várandósgondozásra.
- Ha fogazata feltűnően hiányos, mert a parodontosis (fogínyorvadás) a koraszülés egyik legmarkánsabb rizikófaktora [5].
- Ha az előző szülése nem tervezetten történt intézetben kívül.

A „Rizikófelmérési adatlap” szerinti besorolást a várandós környezetét jobban ismerő, területileg illetékes védőnő vagy a választott házi orvos javaslata megerősítheti vagy módosíthatja. A módosítás egyik feltétele a „pszichoszociális rizikótényezők” vonatkozásában, hogy a várandós kap-e rendszeres gyermekvédelmi kedvezményt vagy lakásfenntartási támogatást. Ha kapja ezen ellátások valamelyikét, akkor pszichoszociális szempontból egyértelműen a magas rizikójú csoportba tartozik.

### Ajánlás7

#### **Magas rizikó csoportba kell sorolni a várandóst a várandósság előtt ismert, vagy a gravida állapotának felmérése során felismert alábbi betegségek, állapotok esetén:**

Az ide tartozó esetek egy része csak veszélyt rejt magában, a terhesség elején a várandós nem beteg, és a terhesség akár szövődménymentes is lehet. Azonban mivel az anyai és/vagy magzati kockázat nagy, helyes ezeket az eseteket is már korán – amikor még a lehetséges kórképek nem alakultak ki – magas kockázatúnak minősíteni.

Vannak olyan kórképek is, amelyek a terhességet általában csak kismértékben veszélyeztetik, az anyai és magzati morbiditást csak kismértékben rontják. Így a besorolásban úgy ítéljük meg, hogy bizonyos feltételek esetén ezeket az eseteket szülész nő is gondolhatja. Erre az egyes kórképek részletes tárgyalásánál kitérünk.

#### **– rendszeresen fogyaszt alkoholt, drogfogyasztó vagy dohányzik. (A) [1, 2, 5]**

A szenvedélybetegségek súlyos magzati ártalmak veszélyét hordozzák: a drogok (például kokain) a fejlődési rendellenességek megnövekedett kockázatával járnak, az alkohol már viszonylag kis adagban is magzati alkoholszindrómához vezet. A dohányzás esetében lényegesen megnő a lepényelégztelenség, a koraszülés és az intrauterin retardáció esélye. Bár egyetlen szál elszívása sem közömbös, dohányosnak azt tekintjük, aki naponta 10 szál felett szív. Mivel a besorolás során a páciens megismerése nem mindig lehetséges, a védőnő és/vagy a választott házi orvos ismeretei és javaslata alapján a rizikóbesorolás a későbbiekben pontosítható a szülész-nőgyógyász szakorvosi kontrollvizsgálatok során.

#### **– ismert HIV, hepatitis B, C vírusfertőzése van, STD-ben szenved. (D) [6]**

Ezek a fertőző betegségek önmagukban is jelentős veszélyt hordoznak az anyára és a magzatra a várandósság és a szülés alatt, de a betegek általános szociális helyzete is az esetek nagy részében igen rossz, ezért kiemelt gondozásuk szakellátási feladat.

#### **– várandósság előtti testtömegindexe (BMI) 18 alatti. (B) [7]**

#### **– várandósság előtti testtömegindexe (BMI) 30 feletti. (A) [5]**

A jelentős túlsúly kedvezőtlenül befolyásolja a várandósság magzati és anyai kimenetelét, lényegesen gyakoribb a magzati retardáció, a magas vérnyomás, a szénhidrát anyagcsere zavara (gestatio diabetes). 18 alatti BMI alultápláltságra, rossz szociális helyzetre utalhat. Olyan esetben, amikor a rossz szociális helyzet kizárható, a várandóst nem kell magas kockázatúnak minősíteni.

#### **– krónikus hipertonia-betegségben, szív- és érrendszeri megbetegedésben szenved. (A) [1, 5]**

A már várandósság előtt ismert magas vérnyomás, veleszületett szívbetegségek és érrendszeri betegségek a várandóssággal járó szövődmények/halálozás veszélyét hordozzák. Ideálisan a várandósság előtt (prekonceptcionálisan) már beállítást igényelnek. A várandósság alatt még szoros kontroll mellett is lényegesen gyakoribb a praeclampsia, IUGR, perinatális anyai és magzati morbiditás és mortalitás.

– endokrin betegségben szenved (diabetes, hyperthyreosis, hypothyreosis, PCO)

#### **– cukorbeteg. (A) [5]**

Cukorbetegség esetén még a jól kezelt (prekonceptcionálisan beállított, normoglykaemiás) esetekben is magasabb a hipertonia, praeclampsia, IUGR, magzati és anyai morbiditás, mortalitás. Javasolt PIC II vagy PIC III-mal rendelkező osztályon szülni, és felelős személyt is így választani. [1]

#### **– hyperthyreosisban, hypothyreosisban szenved. (B) [1, 5]**

A várandósság alatt folyamatos (endokrinológus) szakorvosi ellenőrzést és adott esetben a beállított gyógyszeres kezelés változtatását igényli, ennek ellenére a koraszülés és IUGR gyakorisága a 20%-t is elérheti.

#### **– policisztás ovárium (PCO) szindrómája van. (A) [9]**

E betegség fennállása esetén a várandósság alatt magas a gestatio diabetes és a praeclampsia kockázata.

#### **– krónikus gastrointestinalis, máj- vagy tüdőbetegségben, vesebetegségben szenved. (B) [1, 2, 5]**

Genetikai tanácsadás szükséges a szedett gyógyszereket illetően, és fel kell mérni – szakorvos bevonásával – a várandósság kihordásának feltételeit, a konzíliumok sűrűségét. Előfordulhat, hogy prekonceptcionálisan kivizsgált beteg esetén a szakorvos a kórképet nem tartja a várandósságra veszélyesnek, ebben az esetben a várandósság alacsony kockázatú is lehet. A várandósság alatti vizsgálatok a továbbiakban szintén minősíthetik alacsony kockázatúnak azt.

#### **– asthma bronchialeban szenved. (B) [10]**

Az asthma bronchiale gyakori betegség, a populáció 4–8%-át érinti. A várandósság idején az esetek egyharmadában romlik, másik harmadában nem változik, de akár javulhat is a betegség. Kiszámíthatatlan, hogy mi történik a várandósság alatt. Prekoncepcionálisan gondozott esetekben, ha pulmonológus szakorvos által igazoltan nincs légzésfunkciós romlás, általában nem várható a várandósság alatt súlyos progresszió. Ezekben az esetekben a várandósság alacsony kockázati csoportba sorolható.

– **vesebeteg. (A)** [1, 2, 5]

A vesebetegségek jellege, etimológiája különböző (krónikus gyulladás, fejlődési rendellenesség, autoimmun betegségek, diabeteses nephropathia), de a vese érintettsége a várandósságban gyakran hypertoniához, praeclamsiához, IUGR-hoz, méhen belüli elhaláshoz vezet. Ebben az esetben is javasolt a prekoncepcionális gondozás, mert a vesebetegségek vagy szövődményes kórképek egy részénél anyai és/vagy magzati érdekből akár a várandósság is kontraindikálható (például transzplantált vese, akut glomerulonephritis). Minden vesebetegség súlyos kockázatot rejt magában.

– **idegrendszeri és (kezelést igénylő) pszichiátriai megbetegedése van (például sclerosis multiplex, epilepszia, szkizofrénia, depresszió, pánikbetegség). (D)** [1, 2, 5]

Ezekben az esetekben a kezelést általában a várandósság alatt is fenn kell tartani, a gyógyszerek jelentős részének kedvezőtlen genetikai hatása van. Amennyiben a prekoncepcionálisan kivizsgált beteg esetén a kezelő szakorvos véleménye szerint gyógyszert nem igényel, vagy genetikai tanácsadó álláspontja szerint a használt készítmény a várandósságra nincs hatással, a várandósság alacsony kockázatúnak is besorolható.

– **haematológiai, autoimmun betegsége van, thromboemboliás betegségben, hereditaer thrombophiliában, antiphospholipid szindrómában szenved. (A)** [1, 11, 12]

Ezen kórképek (thrombocytopathiák, von Willebrand-betegség, SLE, rheumatoid arthritis, scleroderma stb.) esetén mind anyai, mind magzati szövődményekre számítani kell. Mivel a placentációt is kedvezőtlenül befolyásolják, leggyakrabban IUGR, méhen belüli elhalás fordul elő. Ha a várandósság nem kontraindikált, folyamatos szakorvosi (hematológus, immunológus) ellenőrzést igényel.

– **thromboemboliás betegségben, hereditaer thrombophiliában, antiphospholipid szindrómában szenved. (A)** [1, 11, 12]

Ezen betegségek a várandósságtól függetlenül és a várandósság alatt is jelentősen megnövelik a mélyvénás trombózis, tüdőembólia veszélyét. Még megfelelő kezelés mellett is gyakori a praeclamsia, intrauterin elhalás, IUGR.

– **daganatos beteg. (A)** [1, 2, 5]

Rosszindulatú megbetegedések fertilis korban ritkák, de számolni kell velük. Leggyakoribbak a nőgyógyászati tumorok, de más daganatok is előfordulnak várandósság alatt. Ezekben az esetekben a szakorvos véleményét és együttműködését kell kérni, de a várandósság mindig magas kockázatú.

A jóindulatú daganatok közül a jelentősebb méretű myomák és petefészekciszták jelentenek veszélyt a magzatra (koraszülés, gyakoribb császármetszés) vagy a ciszta megrepedésre, ami anyai vészhelyzethez is vezethet. A rosszindulatú daganatok mindig nagy kockázatú várandósságot jelentenek, a jóindulatú daganatok esetén a rizikófelmérés idején a szülész-nőgyógyász dönthet úgy, hogy a daganat nem befolyásolja lényegesen a várandósság kimenetelét, azaz alacsony kockázatúnak minősítheti a várandósságot. [1]

– örökletes genetikai betegségek fordultak elő a gravida vagy az apa családjában. (E)

Genetikai betegségek viszonylag ritkán fordulnak elő és nem mindig ismertek. Ezért javasoljuk, hogy ezeket a kérdéseket prekoncepcionálisan már meg lehessen beszélni. Amennyiben ilyen betegség az első várandósgondozói vizit alkalmával derül ki, a várandósság az első besorolás során magas rizikócsoportba kell sorolni és genetikai tanácsadásra kell küldeni. A genetikai tanácsadó szakember véleménye alapján később alacsony kockázati besorolást is kaphat a várandósság.

– **iker- vagy többes várandósságot állapítottak meg. (A)** [1, 2, 5]

Ikervárandósságban jelentősen nagyobb a perinatális mortalitás, gyakori a koraszülés, iker-iker transzfúziós betegség, diszkordáns IUGR, fejlődési rendellenesség, lepényelégtelenség, méhen belüli elhalás. A legtöbb ikervárandósság császármetszéssel végződik. Ennek megfelelően az ikervárandósság gondozása is lényegesen különbözik az egyes várandósság módszereitől. Az ikervárandósság minden esetben magas kockázatú.

– **vérzése jelentkezett a jelen várandósságban (fenyegető vetélés). (B)** [13]

Az első trimeszterbeli vérzés az esetek 15%-ában vetéléssel végződik. Amennyiben a várandósság a vérzést követően tovább fejlődik, a koraszülés gyakorisága háromszor nagyobb lesz, mint azokban az esetekben, ahol nincs vérzés. Ez a hazai adatokra vetítve 25–30%-os gyakoriságot jelent, azaz a továbbiakban magas kockázatúnak minősül. Kockázati tényezők az előző várandósság(ok) és/vagy szülés(ek) során előfordult szövődmények miatt.

Ezekben a kórképekben a kórismétlés kockázata nagy (25–98%), ezért gondozásukat csak nagy tapasztalatú szülész-nőgyógyász szakorvos vállalhatja. Ilyen esetekben olyan intézetben javasolt a szülés, ahol magasabb progresszivitási szintű perinatális intenzív centrum (PIC II vagy PIC III) működik.

### **Ajánlás8**

#### **Magas rizikó csoportba kell sorolni az alábbi körülmények bármelyikének fennállása esetén a várandóst:**

##### **– korábbi habituális vetélés (2 vagy több egymást követő spontán vetélés) esetén. (A) [14]**

A habituális vetélés okai közé tartoznak például autoimmun betegségek, thrombophylia, isoimmunisatio, genetikai kórképek, diabetes mellitus, pajzsmirigybetegségek, a méh fejlődési rendellenességei stb. Ezeket már a várandósság vállalása előtt szükséges kivizsgálni és amit lehet, kezelni kell, ezáltal csökkentve ezen betegségek kedvezőtlen hatását a várandósság kimenetelére. Mivel még a kivizsgált, kezelt esetekben is gyakori a szövődmény, ezek mindig magas kockázatú várandósságok.

##### **– korábbi, méhen végzett műtete volt (például császármetszés). (E)**

Ezekben az esetekben mivel a várandósság alatti szövődmények száma nem nagy, ebből a szempontból önmagában még nem kellene a magas kockázatú csoportba sorolni a várandósságot. Azonban mivel a szülés nagyobb valószínűséggel végződik császármetszéssel, helyesebb, ha a felelős személy szülész-nőgyógyász szakorvos, esetleg éppen az, aki a műtétet is végezni fogja. Előzetes császármetszés vagy más, a méh üregébe hatoló műtétet követően gyakoribb a lepénytadási rendellenesség (elől fekvőlepény) vagy beágyazódási rendellenesség (placenta accreta), emiatt a várandósság alatti vérzés, koraszülés is. Mindezek miatt összességében helyes ezeket a várandósságokat magas kockázatúnak minősíteni.

##### **– amennyiben korábban koraszülése volt. (A) [15]**

A koraszülés ismétlődési kockázata a 25%-ot meghaladja.

##### **– ha korábban praeclampsia, HELLP-szindróma fordult elő. (A) [1, 2, 5]**

A kórkép ismétlődési gyakorisága magas. Egyes esetekben a betegség súlyosabb lefolyású és korábban is kezdődik a következő várandósság(ok)ban.

##### **– korábbi isoimmunisatio esetén. (A) [1, 2, 5]**

Az Rh(D), vagy más magzati ártalommal járó isoimmunisatio a következő várandósságban előbb és súlyosabb formában jelentkezik. Amennyiben az apa a korábbi várandóssághoz képest változott, genetikai konzílium kérhető, és ha a kockázat kicsi, a várandósságot alacsony kockázatúnak lehet minősíteni.

##### **– korábbi magzati retardatio fordult elő. (A) [16]**

A kórkép valamilyen krónikus betegség szövődményeként fordul elő leggyakrabban, ezért ismétlődése várható, súlyossága megjósolhatatlan.

##### **– korábban gestatis diabete volt. (A) [5]**

Az előző várandósságban felismert gestatis diabetes a nemzetközi ajánlásokat figyelembe véve a várandósság után 2-es típusú cukorbetegségnek tekintendő és kezelendő, interdiszciplináris munkacsoport gondozását igényli.

##### **– előző szüléskor az újszülött tömege 4500 g feletti volt. (D) [2]**

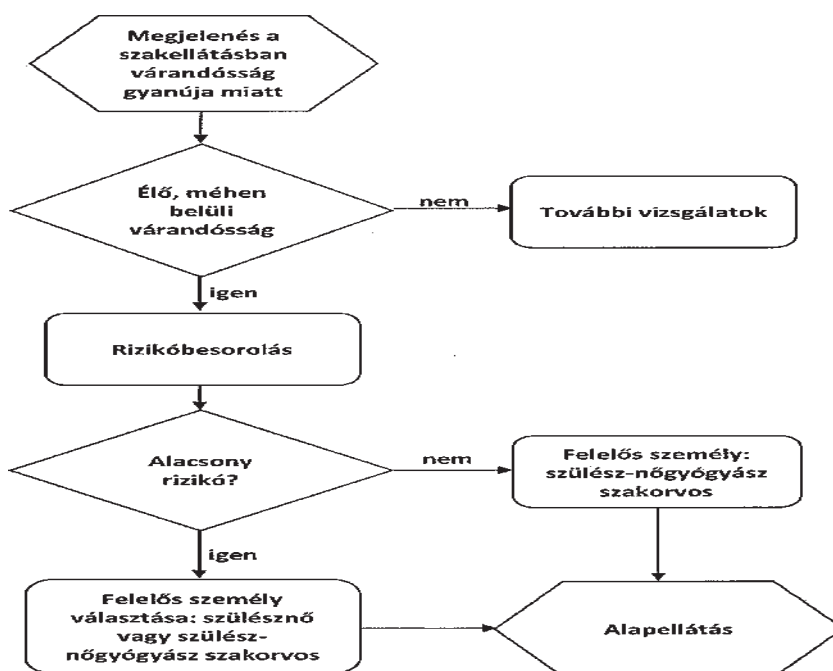
Ebben az esetben feltételezhető, hogy az előző várandósságban gestatis diabetes alakult ki, de nem ismerték fel. A nemzetközi irányelvek szerint ilyen előzmények mellett a jelen várandósság gestatis diabetesként kezelendő.

##### **– korábbi ismeretlen okból perinatális halálozás fordult elő. (C) [1]**

Az esetek mintegy 40%-ában nem ismerjük az intrauterin elhalás okát, az ismétlődés valószínűsége nagy, ezért a várandósságot magas kockázatba javasolt sorolni.

## Ellátási folyamat algoritmus (ábrák)

1. számú ábra Felelős személy választásának folyamata [Saját szerkesztés]



## VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

### 1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

#### 1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licenc, akkreditáció stb.), kapacitása

A szülész-nőgyógyász szakvizsga megfelelő kompetenciát ad a szakorvosnak a méhen belüli élő várandósság megállapításához. A szakorvosnak képesnek kell lennie transzvaginális vizsgálat végzésére és az élő, méhen belüli terhesség ultrahangvizsgálattal történő igazolására.

A szülész-nőgyógyász szakorvos a rizikóbesorolást a – minden szakorvosi rendelőben fellelhető – „Rizikófelmérési adatlap” alapján végzi.

#### 1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Transzvaginális ultrahangvizsgálat végzésére alkalmas ultrahangkészülék álljon rendelkezésre!

A rizikóbesoroláshoz a szakmai dokumentációnak („Rizikófelmérési adatlap”) minden olyan rendelésen hozzáférhetőnek kell lennie, ahol terhesség megállapítása történik.

Amennyiben a vizsgálatot szülész-nőgyógyászati ultrahang-szakasszisztens végzi, a besorolást az őt felügyelő szakorvosnak kell elvégeznie. Ha az ultrahangvizsgálatot más szakember (például radiológus) végzi, a várandóst a vizsgálatot követően a területileg illetékes szakorvosi rendelőbe kell irányítani.

#### 1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A Rendelet és a jelen egészségügyi szakmai irányelv ismerete szükséges minden, a várandósgondozás folyamatában részt vevő szakember számára.

A szülészeti ultrahangvizsgálatok teljesítőképességével szemben a társadalmi elvárás maximalista, ezért a vizsgálat céljáról és teljesítőképességéről a várandósokat tájékoztatni szükséges, ez alapján történhet a beleegyezés a vizsgálatba.

Nem kívánt terhesség esetén biztosítani kell, hogy a várandós nő a magzatot, annak az adott terhességi korra jellemző életfunkcióit, szív működését észlelje (például a magzat ultrahang képét, a szív pulzációját, ha technikailag lehetséges, egyértelműen azonosítva meg kell részére mutatni, illetve a szívhangot meghallgattatni, amennyiben annak orvosi ellenjavallata nem áll fenn).

#### 1.4. Egyéb feltételek

A „Rizikófelmérési adatlap” kitöltése a várandós gondozásba vételéhez.

### 2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

#### 2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

**1. számú tájékoztató:** Tájékoztató felelős személy választásáról [Saját szerkesztés]

#### 2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

**1. számú adatlap:** Rizikófelmérési adatlap a várandós gondozásba vételéhez [Saját szerkesztés]

#### 2.3. Táblázatok

Nem készültek.

#### 2.4. Algoritmusok

**1. számú ábra:** Felelős személy választásának folyamata [Saját szerkesztés]

#### 2.5. Egyéb dokumentum

Nem készült.

### 3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

#### Ajánlás2

**A „Rizikófelmérési adatlap” felhasználásával a szülész-nőgyógyász szakorvosnak rizikóbesorolást kell készítenie. (E)**

A „Rizikófelmérési adatlap”-ot a jelen egészségügyi szakmai irányelv javaslatai alapján úgy kell kitölteni, hogy minden rubrikában legyen +/- jelzés. Ha egyetlen rubrikába olyan jel kerül, amely magas kockázatot jelöl, a várandós magas kockázatú várandós lesz.

#### A vizsgált mutató:

- A vizsgált időszakban, az adott ellátási területen hány százalékban töltötték ki a „Rizikófelmérési adatlap”-ot úgy, hogy minden rubrikában +/- jelzés található? Azt vizsgáljuk, hogy az egészségügyi szakmai irányelv szerint történik az ellátás.
- A magas rizikócsoportha sorolt terhességek összes terhességre vonatkoztatott arányainak területi alakulása (%).

#### Ajánlás3

**Az ultrahanglelet és a „Rizikófelmérési adatlap” alapján a szülész-nőgyógyász szakorvosnak egy „Tájékoztató a felelős személy választásáról” című dokumentumot kell kitöltenie, amely tartalmazza a felelős személy választásának módját és a várandós további gondozásával kapcsolatos legfontosabb teendőket. (E)**

#### A vizsgált mutató:

- A vizsgált időszakban, az adott ellátási területen hány százalékban kapott dokumentált módon „Tájékoztató a felelős személy választásáról” című dokumentumot a várandós személy? Azt vizsgáljuk, hogy az egészségügyi szakmai irányelv szerint történik az ellátás.
- A szülésznők által gondozott alacsony rizikócsoportha sorolt terhességek összes terhességre vonatkoztatott arányainak területi alakulása (%).

## VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik, de indokolt esetben ennél hamarabb is elvégezhető.

A felülvizsgálat lehet tervezett vagy soron kívüli, annak mértékét a felmerülő változás jellege határozza meg.

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata érvényességének lejártá előtt fél évvel kezdődik el.

A felülvizsgálat megkezdésére a Szülészeti és nőgyógyászati Tagozat aktuális irányelvfelkészítő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztőcsoport minden tagját/a tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.

Jelen egészségügyi szakmai irányelvet fejlesztőcsoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat.

Soron kívüli felülvizsgálatot végez a fejlesztőcsoport, ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban

és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg. Ha a soron kívüli felülvizsgálat során csak bizonyos ajánlások érintettek és a teljes egészségügyi szakmai irányelv nem került felülvizsgálatra, akkor a tervezett felülvizsgálati időpontban szükséges a teljes terjedelemben végzett áttekintés.

## IX. IRODALOM

- [1.] Papp Z (szerk.). A szülészeti-nőgyógyászati tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2023. 165-214. ISBN 978-963-331-595-8.
- [2.] National Institute for Health and Clinical Excellence: Antenatal care: (NICE) Guideline (NG201) 2021.08.19., <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
- [3.] 26/2014. EMMI rendelet a várandósgondozásról. Magyar Közlöny 2014. 52: 4937-4942. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm>
- [4.] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából. 2022.10.17. <https://kollegium.okfo.gov.hu>
- [5.] Guidelines for Perinatal Care. 8<sup>th</sup> edition. AAP and ACOG. 2017. ISBN: 978-1-934984-69-7 <https://hscsnhealthplan.org/sites/default/files/OB%20-%20ACOG%20Guidelines%20for%20Perinatal%20Care%20-%208th%20Edition.pdf>
- [6.] DoD/VA Clinical Practice Guideline for the Management of Pregnancy. Department of Veterans Affairs Department of Defense, version 3.0. 2018. [https://www.healthquality.va.gov/HEALTHQUALITY/guidelines/WH/up/VA-DOD-CPG-Pregnancy-Full-CPG\\_508.pdf](https://www.healthquality.va.gov/HEALTHQUALITY/guidelines/WH/up/VA-DOD-CPG-Pregnancy-Full-CPG_508.pdf)
- [7.] Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care. Am Fam Physician. 2005. 71(7):1307-1316. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2005/0401/p1307.html>
- [8.] ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol 2018. 131(2):e49-e64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29370047/>
- [9.] ACOG Practice Bulletin No. 194. Polycystic Ovary Syndrome. Obstet Gynecol 2018. 131(6):e157-e171. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29794677/>
- [10.] ACOG Practice Bulletin No. 90. Asthma in pregnancy. Obstet Gynecol 2008. 111:457-464. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18238988/>
- [11.] ACOG Practice Bulletin No. 197: Inherited Thrombophilias in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018. 132(1):e18-e34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939939/>
- [12.] ACOG Practice Bulletin No. 132: Antiphospholipid syndrome. Obstet Gynecol 2012. 120(6):1514-1521. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23168789/>
- [13.] Alexander LJ, Lehrmann DK: First-Trimester Vaginal Bleeding and Complications Later in Pregnancy. Obstet. Gynecol. 2010. 115,(5):935-944. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20410766/>
- [14.] Tulandi T, Al-Fozan HM. Recurrent pregnancy loss: Evaluation. UpToDate. 2023.03.09. <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-evaluation>
- [15.] ACOG Practice Bulletin No. 234: Prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol 2021. 138(2):e65-e90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293771/>
- [16.] ACOG Practice Bulletin No. 227: Fetal growth restriction. Obstet Gynecol 2021. 137(2):e16-e28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33481528/>
- [17.] 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

## X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

### 1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének megkezdésekor az Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészeti és nőgyógyászati Tagozat elnöke kijelölte az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztés felelősét. Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztés felelős kijelölte a fejlesztőcsoport tagjait és meghatározta a tagok feladatait. Ezt követően a társszerzők többszöri konzultáció és közös, illetve egyéni munka során készítették el a jelen egészségügyi szakmai irányelvet.

A jelen egészségügyi szakmai irányelvet a fejlesztő tagozat konszenzussal alakította ki, és minden véleményező tagozat, amely az adaptációban részt vett vagy véleményezőként szerepelt, mint szakmai szervezet elfogadta.

## **2. Irodalomkeresés, szelekció**

A szakirodalom kutatás során a fejlesztőcsoport a G-I-N, PubMed, Science Direct adatbázisokban keresett adaptálható irányelveket a következő keresőszavak alkalmazásával: „antenatal”, „prenatal”, „risk”, „pregnancy”. Ezt követően a fellelt irányelveket áttekintették és kiválasztásra került a magyarországi adaptációra alkalmas irányelvek köre.

A fejlesztőcsoport tagjai megegyeztek abban, hogy NICE és az ACOG irányelvek ajánlásai kerülnek magyar adaptációra – figyelembe véve a hazai viszonyokat, az ellátórendszer sajátosságait és a jelen irányelv tárgyát, illetve – ahol szükséges – további ajánlásokkal egészítették ki azokat (ezek esetében azonban a forrásnak az adott állítás mögött szerepelni kell).

Minden egyéb állítás/ajánlás a felhasznált források (tankönyv, review) szerzői, valamint a fejlesztőcsoport informális konszenzussal kialakított véleményét tükrözi.

A nemzetközileg elismert irányelvfejlesztő társaságok azonos hatókörű, EBM-alapú irányelveit azért nem vette figyelembe a fejlesztőcsoport, mert hazánkban a fenti szervezetek ajánlásai állnak legközelebb a mindennapi gyakorlati betegellátáshoz, így ezek implementálhatók legkönnyebben.

## **3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja**

Az ACOG-irányelv nem, míg a NICE-irányelv alkalmaz ajánlás-rangsorolást. A fejlesztőcsoport döntése alapján a NICE-irányelv által alkalmazott, az evidenciák erősségén alapuló rangsorolási jelölés került átvételre az irányelv adaptálása során. A felhasznált eredeti tanulmányok nem kerültek kritikus értékelésre, a fejlesztőcsoport elfogadta az irányelveket kiadó nemzetközi szervezetek feldolgozásának eredményét, a szakértők véleményét.

## **4. Ajánlások kialakításának módszere**

A fejlesztőcsoport a releváns nemzetközi szervezetek irányelveinek ajánlásait tartja iránymutatónak a hazai ellátási gyakorlat vonatkozásában.

Az ajánlások szövegében a megfogalmazás módja (például kell, javasolt, lehet, nem javasolt) tükrözi a fejlesztők véleményét a magyar ellátói környezetben való alkalmazhatóságról, amely megegyezik a forrásirányelv megfogalmazásával.

Az ajánlások gyakorlati megvalósításának kötelezettségi szintjét az ajánlások szóhasználatával fejeztük ki, amely a nemzetközi gyakorlatban egyre hangsúlyosabb tendenciát követi.

A fejlesztőcsoport kapcsolattartója a nemzetközi ajánlások hazai átvételének módjára vonatkozóan elkészített kéziratot a fejlesztőcsoport tagjainak megküldte, akik ajánlásonként elfogadták a tervezetet. Az ellátás feltételeire vonatkozó ajánlások esetében szóbeli egyeztetés történt, amelynek alapján az érintett ajánlások alkalmazási feltételei pontosításra kerültek.

A fejlesztőcsoport megvizsgálta a jelen irányelvhez kapcsolódó ajánlások költségigényeit, és konszenzussal arra a véleményre jutott, hogy ezzel a kérdéssel nem kíván foglalkozni az egészségügyi szakmai irányelvben.

## **5. Véleményezés módszere**

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, az egészségügyi szakmai irányelv megküldésre került az ellátási folyamatban érintett, véleményezésre kijelölt Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztő szakértők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezővel kialakított konszenzusnak.

## **6. Független szakértői véleményezés módszere**

Nem került bevonásra.

## XI. MELLÉKLET

### 1. Alkalmazást segítő dokumentumok

#### 1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

##### 1. számú tájékoztató: Tájékoztató felelős személy választásáról [Saját szerkesztés]

- Az alábbi tájékoztató 3 példányban készül. Egy marad a várandós tulajdonában, míg a 2. és 3. példányt a várandós a vonatkozó jogszabályok szerint a területileg illetékes védőnőnek, illetve a választott háziornosnak adja át. A felelős személy a választás tényét a várandósgondozási kiskönyv erre a célra kijelölt helyén aláírásával és pecsétjével igazolja.

#### TÁJÉKOZTATÓ FELELŐS SZEMÉLY VÁLASZTÁSÁRÓL (készült 3 példányban)

A 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet (a továbbiakban: Rendelet) értelmében megállapítottam, hogy önnek élő, méhen belüli várandóssága van.

Az ön várandóssága jelenleg **alacsony/magas** (a megfelelő állítás aláhúzendő) rizikócsoporthoz tartozik.

A Rendelet szerint önnek **felelős személyt kell választania**, aki önt a várandósság ideje alatt gondozni fogja. Amennyiben a várandósság **alacsony rizikójú**, a választott **felelős személy lehet szülész-nőgyógyász szakorvos**, ha a várandósság **magas rizikójúnak** minősül, akkor **a felelős személy csak szülész-nőgyógyász szakorvos lehet.**

A jelen vizsgálatot követően önnek fel kell keresnie a területileg illetékes védőnőt, aki a várandósgondozással kapcsolatos dokumentumokat vezeti. Itt kapja meg a „Várandós anya gondozási könyvét”, amelybe a felelős személy, a védőnő, az ön háziornosa és az esetleges konziliáriusok bejegyzik a várandósságára vonatkozó információkat.

A védőnő és az ön háziornosa is áttekinti a rizikóbesorolást.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy indokolt esetben (a gondozás során új információ felmerülése esetén) a rizikóbesorolás változhat. A pontos rizikóbesorolás a személyre szabott gondozást és így az ön és születendő gyermeke egészségét szolgálja! ..... (helység), 20.....(év)..... (hó) ... (nap)

..... a vizsgálatot végző szakorvos aláírása

..... (pecsétszáma) telefonos elérhetősége

Három példányt átvettem, az egyik az én tulajdonom, a másodikat átadom a területileg illetékes védőnőnek, a harmadikat a háziornosnak.

.....(helység), 20.....(év)..... (hó) ... (nap)

..... várandós aláírása

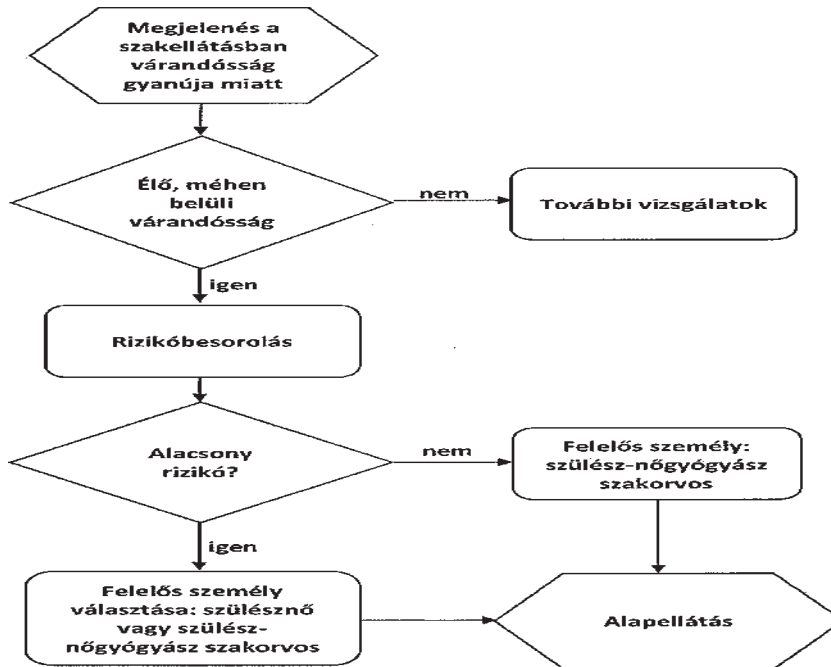
#### 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

**1. számú adatlap:** Rizikófelmérési adatlap a várandós gondozásba vételéhez [Saját szerkesztés]

<b>RIZIKÓFELMÉRÉSI ADATLAP</b> <b>a várandós gondozásba vételéhez</b>	
<b>NÉV</b>	
<b>ELÉRHETŐSÉG</b>	
<b>TAJ</b>	<b>szül. dátum:</b>
<b>ÁLTALÁNOS RIZIKÓTÉNYEZŐK</b>	
<b>Rizikótényezők</b>	<b>Fennáll-e a kockázat (+/-)</b>
1. Az anya kora (születési dátum alapján) 40 felett vagy 18 év alatt magas kockázatú	
2. A terhesség kora hetekben a jelentkezéskor (14 felett magas kockázatú)	
3. Hányadik szülés? 4 felett magas kockázatú	
4. Pszichoszociális helyzet	
<b>II. RIZIKÓTÉNYEZŐK: A VÁRANDÓSSÁG ELŐTT ISMERT VAGY A GRAVIDA ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSE SORÁN FELISMERT BETEGSÉGEK, ÁLLAPOTOK</b>	
<b>Rizikótényezők</b>	<b>Fennáll-e a kockázat (+/-)</b>
5. Rendszeresen fogyaszt alkoholt, drogfogyasztó vagy dohányzik (naponta 10 szálnál többet)	
6. HIV vagy hepatitis B, C fertőzés	
7. BMI indexe 18 alatt vagy 30 felett	
8. Krónikus hipertonia-betegség, szív- és érrendszeri megbetegedés	
9. Endokrin betegség (diabetes, hyperthyreosis, hypothyreosis, PCO)	
10. Krónikus gastrointestinalis, máj-, tüdő-, (súlyos asthma), vesebetegség	
11. Idegrendszeri és (kezelést igénylő) pszichiátriai megbetegedés (pl. epilepsia, schizophrénia, depressio)	
12. Haematológiai, autoimmun, thromboemboliás betegség, antiphospholipid szindróma	
13. Daganatos megbetegedések	
14. Genetikai betegségek a családban	
15. Ikerterhesség, többes iker	
16. Vértetés a jelen terhességben (fenyegető vetélés)	
<b>III. RIZIKÓTÉNYEZŐK: AZ ELŐZŐ TERHESSÉG(EK) ÉS/VAGY SZÜLÉS(EK)SORÁN ELŐFORDULT SZÖVŐDMÉNYEK</b>	
<b>Rizikótényezők</b>	<b>Fennáll-e a kockázat (+/-)</b>
17. Habitualis vetélés	
18. Méhen végzett műtét, császármetszés, konizáció	
19. Koraszülés	
20. Praeclampsia, HELLP syndroma	
21. Rh(D)-Isoimmunisatio	
22. Magzati restrikcio	
23. Gestatiós diabetes	
24. Újszülött súlya 4500 g feletti	
25. Perinatális halálozás ismeretlen okból	
<b>KOCKÁZATELEMZÉS EREDMÉNYE</b>	
<b>Rizikóbesorolás:</b>	<b>ALACSONY/MAGAS</b>
<b>BESOROLÁST VÉGZŐ SZÜLÉSZ SZAKORVOS</b>	
<b>NEVE, PECSÉTSZÁMA, elérhetősége</b>	
<b>Dátum:</b>	

**1.3. Táblázatok**

Nem készültek.

**1.4. Algoritmusok****1. számú ábra:** Felelős személy választásának folyamata [Saját szerkesztés]**1.5. Egyéb dokumentumok**

Nem készültek.