



رییس محترم مرکز پزشکی آموزشی و درمانی

رییس محترم بیمارستان.....

مدیر محترم مرکز جراحی....

مدیر محترم درمانگاه.....

موسس و مسئول فنی محترم آزمایشگاه.....

با سلام و احترام

با عنایت به نامه شماره ۲۰۷۱ مورخ ۹۸/۲/۸ وزارت متبوع در خصوص ابلاغ ضوابط و شرایط انجام آزمایش غربالگری سندرم داون به روش Nipt و پیرو نامه شماره ۶۸۶۱ مورخ ۹۸/۲/۱۷، با توجه به اینکه در بازدید های اخیر کارشناسان این معاونت مشاهده گردید تعدادی از آزمایشگاه ها بدون داشتن مجوز فعالیت بخش ژنتیک مبادرت به پذیرش و ارسال نمونه های آزمایش غربالگری سندرم داون به روش Nipt و ارسال آن می نمایند و نظربه اینکه بر اساس آیین نامه تاسیس و مدیریت آزمایشگاه تشخیص پزشکی، تعیین کننده دامنه فعالیت آزمایشگاه، مدرک تحصیلی (صلاحیت علمی و حرفه ای) مسئول فنی آن می باشد (ضمائم پیوست)، به استحضار می رساند ضروری است از پذیرش و نمونه گیری آزمایش فوق الذکر بدون داشتن مجوز آزمایشگاه ژنتیک خودداری فرمایید. در غیر اینصورت مطابق با مقررات برخورد خواهد شد.

دکتر یزدانی میربناهی
معاون درمان دانشگاه