

اطلاعات مربوط به آزمایشگاه های تشخیص ژنتیک متقاضی عضویت در شبکه آزمایشگاهی

برنامه های کشوری مدیریت بیماری های ژنتیک

نام دانشگاه علوم پزشکی متبوع: نام آزمایشگاه: نام و نام خانوادگی مسئول فنی ژنتیک: مدرک تحصیلی مسئول فنی ژنتیک: سابقه کار مسئول فنی ژنتیک (به ماه): شماره تماس مسئول فنی ژنتیک: نوع وابستگی آزمایشگاه (دولتی / خصوصی): نشانی: متقاضی عضویت در شبکه ارجاع آزمایشگاهی برای تشخیص ژنتیک بیماری (های): ☐ متابولیک ارثی ☐ تالاسمی ☐ فنیل کتونوری ☐ هموفیلی ☐ آتروفی عضلانی نخاعی ☐ فیبروز سیستیک ☐ بال پروانه ای

۱- **تعداد انجام آزمایش مورد نظر در آزمایشگاه:** تعداد آزمایش های انجام شده جهت تشخیص ناقلین / تشخیص ژنتیک بیماری / تشخیص قبل از تولد، حداقل طی ۵ سال اخیر مطابق جدول زیر درج شود.

توجه: صرفاً تعداد آزمایشهای انجام / ارجاع شده مربوط به بیمار (یا نمونه پذیرش شده) که نتایج آن بطور رسمی با امضاء مسئول فنی گزارش شده اند، در جدول لحاظ گردد. آمار مربوط به آزمایشهایی که در قالب طرح های تحقیقاتی، پایان نامه دانشجویی،... انجام می شوند و پذیرش و گزارشدهی رسمی برای آنها انجام نشده، نباید در جدول درج شود.

سال	بیماری (های) مورد بررسی	تعداد آزمایش پذیرش شده، به تفکیک انجام و/یا ارجاع آزمایش		تعداد آزمایشهای ارجاع شده به آزمایشگاه، به تفکیک ارجاع دهنده					
		انجام آزمایش در آزمایشگاه دیگر	پذیرش و ارسال نمونه به آزمایشگاه دیگر	ارجاع شده از مراکز بهداشت	ارجاع شده از سایر آزمایشگاه های ژنتیک	خصوصی	درخواست پزشک متخصص بخش	درخواست شخصی متقاضی	درخواست مشاوران ژنتیک
۱۴۰۳	متابولیک ارثی								
	تالاسمی								

								فنیل کتونوری	
								هموفیلی	
								آتروفی عضلاتی-نخاعی	
								فیبروز سیستیک	
								بال پروانه ای	
								متابولیک ارثی	۱۴۰۲
								تالاسمی	
								فنیل کتونوری	
								هموفیلی	
								آتروفی عضلاتی- نخاعی	
								فیبروز سیستیک	
								بال پروانه ای	
								متابولیک ارثی	۱۴۰۱
								تالاسمی	
								فنیل کتونوری	
								هموفیلی	
								آتروفی عضلاتی- نخاعی	
								فیبروز سیستیک	
								بال پروانه ای	
								متابولیک ارثی	۱۴۰۰
								تالاسمی	

								فنیل کتونوری	
								هموفیلی	
								آتروفی عضلانی- نخاعی	
								فیبروز سیستیک	
								بال پروانه ای	
								متابولیک ارثی	
								تالاسمی	
								فنیل کتونوری	
								هموفیلی	۱۳۹۹
								آتروفی عضلانی- نخاعی	
								فیبروز سیستیک	
								بال پروانه ای	

آیا تعداد آزمایش هدف مندرج در جدول فوق، تحت نظارت مسئول فنی ژنتیک فعلي آزمایشگاه انجام شده است؟
در صورتیکه پاسخ منفی است اسامی مسئول / مسئولين فني طی ۵ سال گذشته و مدرک تحصیلی هر یک را ذکر نمایید:

۲- اطلاعات منابع انسانی آزمایشگاه:

افراد مسئول فرایندهای مرتبط با انجام آزمایش (های) هدف، در جدول زیر مشخص شوند.
اگر برای یک فرایند بیش از یک نفر درگیر هستند برای هر فرد یک ردیف به جدول اضافه شود.
همچنین اگر برای فعالیت های مختلف یک فرایند، مراحل مختلف تعریف شده است، به تعداد فعالیت ها ردیف به جدول اضافه شود و مسئول هر فعالیت مشخص گردد.

فرایند	نام فرد / افراد مسئول	فعالیت	رشته و مدرک تحصیلی	سابقه انجام فعالیت (به ماه)
پذیرش و نمونه گیری (در صورتیکه آزمایشگاه نمونه گیری را انجام می دهد)				

				ثبت الکترونیک اطلاعات، پذیرش نمونه، بررسی معیارهای رد نمونه
				استخراج DNA
				انجام آزمایش ژنتیک مولکولی
				تفسیر نتایج
				آماده سازی و ارائه گزارش نتایج آزمایش ها

۳- اطلاعات مربوط به روش ها، تجهیزات، کیت و ملزومات مصرفی آزمایشگاه:

۳-۱ روش های مورد استفاده برای انجام آزمایش های تشخیص ژنتیک بیماری های هدف

نام بیماری	در صورت استفاده از روش های تجاری، نام کیت معتبر (IMED-CE-IVD) مورد استفاده	در صورت طراحی روش در آزمایشگاه، به دو سوال زیر پاسخ دهید: - روش آزمایش - استاندارد مورد استفاده جهت گذاری روش
متابولیک ارثی		
تالاسمی		
فنیل کتونوری		

		هموفیلی
		آتروفی عضلانی- نخاعی
		فیبروز سیستیک
		بال پروانه ای

۳-۲ فهرست تجهیزات تخصصی کلیدی موجود در آزمایشگاه که برای انجام مراحل مختلف آزمایش ژنتیک هدف استفاده می شود:

۴- فضای انجام کار:

۴-۱ متراژ فضای اختصاص داده شده برای انجام مراحل مختلف آزمایش ژنتیک:

۴-۲ تمهیدات پیش بینی شده برای به حداقل رسیدن احتمال آلودگی در آزمایشگاه:

مهر و امضا مسئول فنی ژنتیک