

به نام خداوند بخشنده مهربان

ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

* سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای جنبه عمومی میباشد و

مطابق مواد ۶۲۲ لغایت ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی و مواد این

قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است.

سقط جنین و قانون مجازات اسلامی

۶۲۲- هرکس عالماً و عامداً به واسطه ضرب یا اذیت و آزار زن حامله، موجب سقط جنین وی شود علاوه بر پرداخت دیه یا قصاص حسب مورد از یک تا سه سال محکوم خواهد شد.

۶۲۳- هرکس به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری موجب سقط جنین زن گردد به شش ماه تا یک سال حبس محکوم می شود و اگر عالماً یا عامداً زن حامله را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط گردد به حبس از سه تا شش ماه محکوم خواهد شد مگر اینکه ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر می باشد.

۶۲۴- اگر طبیب یا ماما یا دارو فروش و اشخاصی که بعنوان طبابت یا مامائی یا جراحی یا داروفروشی اقدام می کنند وسایل سقط جنین فراهم سازند و یا مباشرت به سقط جنین نمایند به حبس از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوطه صورت خواهد پذیرفت.

سقط جنین بر چهار نوع است

spontaneous

✓ سقط جنین خود به خودی

therapeutic

✓ سقط جنین درمانی یا طبی

criminal

✓ سقط جنین جنایی

traumatic

✓ سقط جنین ناشی از ضربه



* مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق
میشود، میتواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی
قانونی تقدیم نماید.

* کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استانها مکلفند درخواستهای واصله را فوراً به

کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک

متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی، حداکثر

ظرف یک هفته تشکیل میشود. رأی لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم

جواز سقط در موارد تردید صادر میگردد.

* قاضی عضو کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل مجوز

سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روزه صادر مینماید:

* الف- در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر

در سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه ها و امارات ولوج

روح در جنین نباشد.



* ب- در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت

میکنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است.

* ج- چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود:

* - رضایت مادر

* - وجود حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر

* - وجود قطعی ناهنجاریهای جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است

* - فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر

* - فقدان نشانه ها و امارات ولوج روح

* - کمتر از چهار ماه بودن سن جنین

* تبصره: رأی صادره ظرف یک هفته قابل اعتراض در شعبه یا شعب اختصاصی دادگاه تجدید نظر، به ریاست قاضی یا قضات ویژه منصوب رئیس قوه قضائیه در این امر می‌باشد و دادگاه مذکور حداکثر باید ظرف یک هفته تصمیم خود را اعلام کند.

تبصره ۲: بیمارستانهای مورد تأیید پزشکی قانونی موظفند در موارد مجاز سقط، منحصراً پس از دستور قاضی و احراز عدم امارات و نشانه های ولوج روح، سقط جنین را اجرا کنند و اطلاعات مربوط را با رعایت اصول محرمانگی در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری نمایند.

* تبصره ۳: سازمان پزشکی قانونی اطلاعات مربوط به کلیه مراحل درخواست سقط تا نتیجه آن، اعم از دلایل درخواست دهنده، اعضای کمیسیون، صدور یا عدم صدور مجوز و دلیل صدور مجوز را با رعایت اصول محرمانگی، در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری میکند و اطلاعات آن را هر سال در اختیار مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی قرار میدهد.

* تبصره ۴: چنانچه پزشک یا ماما یا داروفروش، خارج از مراحل این ماده وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به سقط جنین نمایند علاوه بر مجازات مقرر در ماده (۶۲۴) قانون مجازات اسلامی (کتاب پنجم - تعزیرات و مجازاتهای بازدارنده)، پروانه فعالیت ایشان ابطال میشود. تحقق این جرم نیازمند تکرار نیست.

دستورالعمل نحوه کارشناسی پرونده‌های سقط جنین قانونی

* در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۱۰ ماده واحده سقط جنین درمانی در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که بر اساس آن صدور مجوز سقط جنین بر عهده سازمان پزشکی قانونی که در این نوشتار از این پس سازمان نامیده میشود، گذاشته شد. در تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» در کمیسیون مشترک مجلس شورای اسلامی تصویب شد و در تاریخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۷ در روزنامه رسمی به چاپ رسید. طبق ماده ۷۳ این قانون ماده واحده سقط جنین درمانی نسخ گردید و براساس ماده ۵۶ این قانون (پیوست شماره ۱) سازوکار جدیدی جهت صدور مجوز سقط در نظر گرفته شد. این نوشتار براساس چارچوبهای تعیین شده در ماده ۵۶ این قانون و دستورالعمل اجرایی آن (پیوست شماره ۲) که در تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۵ توسط رئیس محترم قوه قضاییه ابلاغ شد تدوین گردیده است.

فرآیند بررسی تقاضای صدور مجوز سقط جنین قانونی

* ۱- مراحل بررسی تقاضای صدور مجوز سقط جنین به قرار زیر است:

- * الف - پذیرش و تشکیل پرونده اولیه ب - تکمیل فرم درخواست صدور مجوز توسط مادر و در موارد با علت جنینی توسط مادر و ولی جنین پ -
- تطبیق هویت مادر و ولی و احراز ولایت ولی در موارد با علت جنینی ت -
- مصاحبه و اخذ شرح حال، معاینه مادر و بررسی مدارک بالینی توسط پزشک
- ث - در صورت نیاز، تکمیل مدارک بالینی / آزمایشگاهی مؤید بارداری، سن جنین، ناهنجاری جنین / بیماری مادر

* ج - دریافت تعرفه

* چ - ارسال پرونده تکمیل شده به کمیسیون سقط ح - تشکیل کمیسیون، بررسی همه جانبه مدارک و مستندات موجود و صدور رأی مبنی بر صدور مجوز یا عدم جواز سقط جنین قانونی توسط قاضی کمیسیون

* خ - اخذ اعتراض / عدم اعتراض مادر و ولی جنین به رأی قاضی

* د - در صورت اعتراض به رأی، ارجاع مادر یا ولی به دادگاه تجدید نظر و در حالت عدم اعتراض به رأی، صدور گواهی اعلام رأی توسط اداره پزشکی قانونی مرکز استان (محل تشکیل کمیسیون)

* ذ - تحویل رأی قاضی و گواهی سازمان مبنی بر اعلام رأی به مادر و ولی



***موارد عدم نیاز به ارجاع مادر باردار
به سازمان پزشکی قانونی کشور**

* ۲- در موارد فوری که جهت حفظ جان مادر فرصت کافی وجود ندارد و تصمیم گیری و اقدام عاجل را میطلبد، نیازی به ارجاع مادر باردار به سازمان جهت اخذ مجوز سقط قانونی نیست و انجام سقط درخصوص مصادیق موضوع بند «ب» ماده ۵۶ با تشخیص پزشک معالج و تأیید یک متخصص زنان و زایمان دیگر صورت میگیرد. این موارد مشمول محدودیت چهارماهگی نیستند و شکایت در خصوص تشخیص و تصمیم پزشک در آنها، تابع عمومات رسیدگی به تخلفات پزشکی است.



* ۳- موارد حاملگی پوچ، (Blighted Ovum) مرگ داخل رحمی

جنین، سقط فراموش شده، سقط اجتناب ناپذیر و مول کامل یا

پارشیل مول نیازی به ارجاع به سازمان ندارند.

* ۳-۱) لازم است مدیر کل استان در خصوص موارد فوق الذکر به طرق مقتضی اطلاع رسانی و هماهنگیهای لازم را با مبادی ذیربط استانی مانند معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی استان بهعمل آورد تا پزشکان معالج از ارجاع بی دلیل این موارد که موجب رفت وآمدهای غیرضروری مادران باردار و تأخیر در ارائه خدمات درمانی به ایشان و در موارد مادری موجب افزایش احتمال مرگ مادر میشود خودداری نمایند.

مراحل بررسی پذیرش

* ۴- تشکیل پرونده با درخواست شخصی مادر انجام میشود و نیازی به ارائه معرفینامه قضایی نیست.

* ۵- پذیرش، تشکیل پرونده و بررسیهای اولیه تقاضای صدور مجوز سقط جنین قانونی در اداره پزشکی قانونی منتخب در مرکز استان و نیز ادارات پزشکی قانونی شهرستانهایی که شرایط لازم در این خصوص را با تأیید کتبی معاونت پزشکی و آزمایشگاهی سازمان داشته باشند، انجام میگیرد.

* ۶- تشکیل پرونده در یک نوبت بارداری با علت واحد در بیش از یک اداره پزشکی قانونی ممنوع است؛ مگر آنکه مادر قبل از تشکیل کمیسیون تقاضای انتقال پرونده به استانی دیگر را داشته باشد که در این صورت انتقال پرونده با صلاحدید رییس اداره بر مبنای دستورالعمل نیابت صورت میپذیرد.



* ۷- تشکیل پرونده اولیه بدون دریافت تعرفه انجام میشود.

* ۸- بررسی و صدور مجوز سقط جنین جهت اتباع بیگانه منع قانونی ندارد و لازم است در برگه درخواست به این موضوع که متقاضی مجوز سقط جنین از اتباع بیگانه است و همچنین نام کشور متبوع، اشاره شود.



* ۹- در شرایط عادی، پذیرش تقاضای مجوز سقط قانونی در ادارات مجاز و طی ساعت اداری صورت میگیرد و باید به گونه ای برنامه ریزی گردد که در حد امکان اخذ مدارک تکمیلی و تشکیل کمیسیون موکول به شیف کشیک نشود

* ۱۰- در شرایطی که سن جنین و یا تهدید جانی مادر به گونه ای است که محدودیت زمانی جهت بررسیهای لازم و صدور مجوز ایجاد میکند، لازم است مراحل «پذیرش، بررسی مدارک، مشاورههای لازم، تشکیل کمیسیون و صدور مجوز سقط» در صورت نیاز حتی در شیفِت کشیک انجام شود. برای ایجاد آمادگی مواجهه با چنین شرایطی هر چند نادر، ضروری است در استانها جهت آموزش دوره‌های پزشکان سازمان، متخصصین متعهد و قاضی / قضات ویژه برنامه ریزی مناسب به عمل آید و ضمن پیشبینی تمهیدات لازم، در چارچوب کامل مفاد ضوابط و مقررات مربوطه اقدام مقتضی به عمل آید و نظارت مستمر در این خصوص انجام گیرد

* ۱۱- حضور مادر متقاضی جهت تکمیل برگ «درخواست تقاضای صدور مجوز سقط جنین» به دلیل مادری یا جنینی (پیوستهای شماره ۳ و ۴) در پزشکی قانونی الزامی است. صرفاً در مواردی که علت درخواست، ناهنجاری جنین است لازم است اظهارات مکتوب ولی نیز اخذ شود.

* (۱۱-۱) اظهارات ولی در زمان تشکیل پرونده، پس از تطبیق هویت، به

صورت کتبی در ذیل برگ درخواست صدور مجوز درج میگردد.

* (۱۱-۲) عدم حضور ولی جنین یا عدم ارائه مدارک جهت احراز ولایت مانع از

تشکیل پرونده و انجام بررسیهای بعدی و تشکیل کمیسیون نیست

۱۲- مادر باید حسب مورد برگ درخواست مربوطه را بسته به اینکه علت درخواست، جنینی یا مادری است، تکمیل و امضاء کند. در مواردی که نه بیماری مادر مطرح است و نه بیماری یا ناهنجاری جنین، مانند ادعای مصرف دارو، بارداری ناخواسته، دریافت اشعه و غیره، فرم درخواست مربوط به موارد جنینی تکمیل و امضا گردد. در این حالت نیازی به اخذ اظهارات ولی نیست .



* ۱۳- در مواردی که مادر در بیمارستان بستری است و امکان حضور در اداره پزشکی قانونی را ندارد، پذیرش و تشکیل پرونده با معرفی‌نامه پزشک معالج انجام شده و تکمیل برگ درخواست توسط مادر و تطبیق هویت توسط یکی از پزشکان سازمان در بیمارستان انجام میشود.

* ۱۴- چنانچه مادر مبتلا به بیماری روانی باشد، در صورتی که مادر دارای اهلیت (بالغ، عاقل و رشید) باشد برگ درخواست توسط مادر تکمیل میگردد. در غیر این صورت تکمیل برگ درخواست مجوز سقط جنین با اخذ رضایت کتبی از ولی یا قیم قانونی مادر انجام میشود

* ۱-۱۴) در مواردی که ولی یا قیم قانونی مادر در دسترس نباشد این موضوع به اطلاع قاضی ویژه کمیسیون رسانده شده و بر اساس دستور مکتوب وی اقدام میشود.

تطبیق هویت و احراز ولایت

- * ۱۵- جهت پذیرش متقاضیان سقط جنین، تطبیق هویت ترجیحاً به صورت برخط یا با ارائه مدارک هویتی معتبر انجام میشود. در صورت عدم امکان ارائه این مدارک و عدم امکان تطبیق هویت برخط، لازم است پس از هماهنگی با رئیس اداره، پذیرش این موارد انجام شده و در صورت موافقت قاضی کمیسیون، در رأی و در گواهی پزشکی قانونی به عدم ارائه مدارک هویتی معتبر اشاره گردد.
- * ۱-۱۵) نداشتن مدارک هویتی معتبر نباید مانع تشکیل پرونده شود. این مسئله در مورد اتباع بیگانه نیز صدق میکند .

* ۱۶- احراز رابطه ولایت از طریق بررسی شناسنامه، عقدنامه و یا حکم قانونی صورت میگیرد. در صورت عدم ارائه این مستندات، عدم دسترسی به ولی یا در مواردی که جنین فاقد ولی است موضوع به اطلاع قاضی کمیسیون میرسد تا تصمیم گیری و هماهنگی لازم را با دادستان استان انجام دهد.

* ۱۷- مسئولیت تطبیق هویت و احراز ولایت با مسئول پذیرش و پزشک معاین است.

معاینه مادر و بررسی مدارک

الف - احراز بارداری

۱۸- احراز بارداری منوط به ارائه سونوگرافی مبنی بر وجود جنین دارای ضربان قلب در رحم مادر است. بنابراین تا زمانی که وجود جنین دارای ضربان قلب در رحم تأیید نشود ارزیابی سن جنین، ارجاع به کمیسیون و صدور مجوز سقط جنین موضوعیت ندارد.

ب- تعیین سن جنین

* ۱۹- در بررسی سن جنین لازم است علاوه بر توجه به تاریخ (LMP) تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی، گزارش سونوگرافی و مقایسه با سونوگرافیهای قبلی (در صورت موجود بودن) معاینه مادر باردار (ارزیابی ارتفاع رحم)، خصوصاً در مواردی که سن بارداری نزدیک به ۱۸ هفته است، نیز انجام و شرح معاینه در پرونده ثبت شود.

* (۱-۱۹) لازم است تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی نیز براساس پرونده معتبر مطب یا سایر مدارک بالینی قابل استناد و در صورت عدم دسترسی به مستندات بالینی براساس شرححال مادر در پرونده درج گردد. چنانچه سن بارداری اعلامشده در سونوگرافی با سن محاسبهشده بر اساس (LMP اولین روز آخرین عادت ماهیانه) همخوانی نداشته باشد صرفاً به شرط اطمینان از اعتبار LMP چنانچه تفاوت سن تعیین شده در سونوگرافی سه ماهه اول بارداری و سن بر اساس LMP پنج روز یا کمتر باشد سن جنین بر اساس LMP تعیین میشود و اگر این تفاوت بیش از پنج روز باشد سن جنین براساس سونوگرافی سه ماهه اول بارداری تعیین میگردد.

* ۲۰- بهترین سونوگرافی جهت تعیین سن حاملگی، سونوگرافی ۱۰-۷ هفته‌گی یا سونوگرافی ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و ۶ روز است.

* (۱-۲۰) چنانچه دو سونوگرافی یادشده سن جنین را متفاوت گزارش کرده باشند و صحت هر دو احراز شده باشد، سونوگرافی با سن جنینی بیشتر ملاک تعیین سن جنین خواهد بود.

* ۲-۲۰) در صورتی که سونوگرافی ارائه شده مربوط به دو بازه زمانی
فوق الذکر نباشد، سونوگرافی نزدیکتر به ۱۰ هفته بارداری مشروط بر
آنکه مربوط به سن بالای ۷ هفته باشد، معتبرتر است.

* ۲۱- در تعیین سن بارداری به تاریخ سونوگرافی و معیارهای مورد استفاده در تعیین سن دقت شود. برای نمونه تعیین سن بر اساس (HC دور سر) و (BPD قطر بین آهیانه‌های) در جنین هیدروسفال، تعیین سن بر اساس (AC دور شکم) در کیستهای شکمی و تعیین سن بر اساس (FL طول فمور) در جنین مبتلا به آکندروپلازی، منجر به اشتباهات فاحش در تصمیمگیری خواهد شد

* ۲۲- سونوگرافی باید دارای مهر و امضای رادیولوژیست / پریناتولوژیست

بوده و تصاویر سونوگرافی نیز باید پیوست به گزارش سونوگرافی باشد

* (۲۲-۱) لازم است تصاویر سونوگرافی از نظر تعلق آن به گزارش سونوگرافی

مربوطه و تاریخ، مورد بررسی قرار گیرند .

* ۲۳- در حاملگیهای حاصل از روشهای کمک باروری یا اهدای جنین، سن بارداری محاسبه شده براساس زمان انتقال جنین (اعلام شده توسط پزشک معالج یا درج شده در پرونده مرکز ناباروری با احتساب سن زیگوت در زمان انتقال) که مبدأ آن از لقاح تعیین میشود بر سن اعلام شده جنین در سونوگرافی، ارجحیت دارد.

* ۱-۲۳) چنانچه در مستندات ارائه شده سن جنین در زمان تلقیح اعلام

نشده باشد لازم است این موضوع به صورت مکتوب از پزشک معالج در

مرکز ناباروری استعلام شود و نتیجه آن در پرونده نگهداری گردد

* ۲۴- پزشک معاین و پزشک قانونی کمیسیون باید از سن جنین و

نگهداری مستندات مربوطه در پرونده اطمینان حاصل کنند.

* ۲۵-سن جنینی مجاز برای صدور مجوز سقط جنین، سن کمتر از ۴ ماه قمری از زمان لقاح است. بر این اساس لازم است مجموع روزهای ماههای قمری از زمانی که مادر باردار شده محاسبه شود. عموماً چهارماهگی معادل ۱۱۸ روز (۱۶ هفته و ۶ روز) از لقاح یا ۱۸ هفته و شش روز از LMP خواهد بود و امکان صدور مجوز در سن بارداری ۱۸ هفته و ۵ روز و یا کمتر وجود دارد، به شرطی که سایر امارات یا نشانههای ولوج روح وجود نداشته باشد.

* (۲۵-۱) سن جنینی اعلامی در سونوگرافی از مبدأ LMP است. درحالیکه سن جنین باید از مبدأ لقاح لحاظ شود. این فاصله زمانی به طور متعارف ۱۴روز است. مع الوصف فاصله زمانی بین LMP و زمان تخمک گذاری (چندین ساعت قبل از لقاح) یا به عبارتی تفاوت زمانی بین LMP و لقاح میتواند کمتر یا بیشتر از ۱۴روز باشد لذا در صورتی که عادت ماهیانه مادر قبل از بارداری منظم بوده است میتوان از آن بهعنوان راهنمایی برای محاسبه سن مجاز برای سقط قانونی استفاده نمود

* : به گونه ای که جهت محاسبه این تفاوتِ زمانی، لازم است ۱۴روز از کل طول عادت ماهیانه کسر گردد و عدد حاصل به عدد ۱۱۷ اضافه شود. برای مثال اگر طول دوره عادت ماهیانه به طور منظم ۳۰روز بوده است به جای عدد ۱۴، عدد ۱۶ به عدد ۱۱۷ اضافه میشود و زمان مجاز برای صدور جواز سقط ۳۳روز یعنی ۱۹هفته خواهد بود. چنانچه عادت ماهیانه مادر نامنظم بوده است، تفاوت زمانی بین LMP و لقاح متعارفاً ۱۴روز لحاظ میشود.

احراز ناهنجاری / بیماری جنین نکات عمومی

* ۲۶-مدارک پاراکلینیک ضروری برای احراز ناهنجاری جنین، در اختلالات ژنتیکی شامل گزارش آزمایش ژنتیک معتبر، در اختلالات ساختاری شامل حداقل دو سونوگرافی معتبر که تشخیص ناهنجاری در هر دو سونوگرافی همخوانی داشته باشد و در ناهنجاریهای قلبی، ترجیحاً دو اکوکاردیوگرافی و یا حداقل شامل یک سونوگرافی همراه با یک اکوکاردیوگرافی است.

* ۲۷- در صورت صلاحدید پزشک معاین جهت تشخیص قطعی

ناهنجاریهای ساختاری، بسته به مورد تکرار سونوگرافی توسط

سونولوژیست (رادیولوژیست) یا پریناتولوژیست، یا اکوکاردیوگرافی

مازاد بر موارد فوقالذکر در یک مرکز معتبر، بلامانع است.

نکات مرتبط با اختلالات ژنتیکی

* ۲۸- اعلام نقایص ژنتیکی بر اساس آزمایش ژنتیکی یا

آنزیمی، قطعی محسوب می‌گردد و نیاز به تکرار نیست.

* ۲۹- در اختلالات ژنتیکی وابسته به کروموزوم X مغلوب، (نظیر بیماریهای دوشن و هموفیلی) و موارد Fragile X جنسیت جنین باید توسط مراکز ژنتیک مشخص گردد. در این موارد فقط در صورت مذکر بودن جنین، علامتدار بودن جنین قطعی محسوب میشود.

* (۲۹-۱) از آنجایی که جنسیت اعلام شده در سونوگرافی قطعی

محسوب نمیگردد، لازم است از مرکز ژنتیک مربوطه جنسیت جنین

استعلام شود.

* (۲۹-۲) در موارد Fragile X لازم است تعداد واحدهای تکرار یا نتیجه بررسی متیلاسیون در گزارش ژنتیک درج شده باشد. فقط در صورت تکرار بیش از ۲۰۰ بار یا متیلاسیون مثبت، تشخیص قطعی تلقی میگردد.

* ۳۰- تشخیص اختلالات ژنتیکی از نوع کروموزومی نظیر سندرم داون و سایر تریزومیها (مثل سندرمهای ادوارد و پاتائو) با روش سیتوژنتیک (کاریوتایپ) یا CGH array امکانپذیر است. در مواردی که آزمایش مثبت ارائه شده، یک rapid test تست سریع باشد لازم است تشخیص با روش سیتوژنتیک (کاریوتایپ) یا حداقل با یک نوع تست سریع دیگر تأیید شود.

* (۳۰-۱) در حال حاضر تستهای سریع مورد تأیید شامل آزمایشهای ژنتیک با روش QF-PCR FISH و MLPA میباشد 31- . به جز در پارشیل تریزومیها و یا پارشیل مونوزومیهای بازوی P متعلق به کروموزومهای آکروسنتریک (فقدان یا اضافه شدن بازوی کوتاه کروموزومهای ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۲۱ و ۲۲) سایر تریزومیها و مونوزومیهای پارشیل یا کامل غیرجنسی (اتوزومال) یا موارد تریپلویدی (۶۹ کروموزومی) یا تتراپلویدی (۹۲ کروموزومی) دارای علائم بالینی شدید هستند.

* (۱-۳۱) در کروموزومهای آکروسنتریک، بار ژنتیکی بازوی کوتاه

(بازوی P) اندک است لذا اضافه شدن یا حذف بازوی کوتاه آنها دارای

علائم بالینی زیادی نخواهد بود

۳۲- در تریزومیها و مونوزومیهای پارشیل یا کامل جنسی نظیر

سندرمهای ترنر و کلاین فیلتر علامت اصلی ناباروری است و عموماً

دارای علائم بالینی شدید نیستند .

۳۳- در اختلالات ژنتیکی کروموزومی از نوع ترانسلوکاسیون، قطعیت بروز علائم، مشروط به نامتعادل (Unbalanced) اعلام شدن اختلال است.

* اختلالات isochromosome و Insertion، addition (اختلالات کروموزومی) از نوع نامتعادل محسوب میشوند.

* ۳۳-۲) در موارد رابرتسونیان ترانسلوکاسیون چنانچه تعداد

کروموزومها ۴۶ عدد اعلام شود اختلال نامتعادل و اگر ۴۵ عدد اعلام

شود متعادل محسوب میگردد.

* ۳۴- چنانچه در بررسیهای ژنتیکی معتبر، دوتایی شدن

(Duplication) یا حذفهایی (Deletion) گزارش شوند که جزء

واریاسیونهای طبیعی شناخته شده نباشند، بروز علائم بالینی مربوط

به آن اختلال، قطعی محسوب میشود.

* ۳۵- چنانچه گزارش ارائه شده بر روی نمونه CVS برای اختلالات کروموزومی، وضعیت موزائیکسم را مطرح کرده باشد، لازم است بررسی مجدد بر روی نمونه مایع آمنیوتیک انجام گردد.

* (۳۵-۱) چنانچه در گزارش کاریوتایپ مایع آمنیوتیک، موزائیکسم کروموزومهای جنسی گزارش شود به این ترتیب که تعدادی از سلولها نشانگر جنس مؤنث و تعدادی نشانگر جنس مذکر باشند، جنسیت جنین نامشخص (هرما فردیت) خواهد بود.

* ۳۶- چنانچه در آزمایشهای ژنتیکی در جنین، «مارکر» یا «قطعه کروموزومی ناشناخته (mar) یافت شود، در اولین فرصت باید دو اقدام توسط آزمایشگاه ژنتیک انجام گردد:

* الف- والدین از نظر داشتن قطعه مذکور و علامتدار بودن مورد بررسی قرار گیرند. اگر پدر و یا مادر هم آن قطعه کروموزومی را دارند و سالم هستند، بروز علائم بالینی ناشی از این قطعه کروموزومی متصور نیست. اگر پدر و مادر فاقد آن مارکر باشند این مارکر «نوپدید (Denovo)» نامیده میشود.

* ب- تعلق آن قطعه به کروموزومهای جنسی بررسی شود.

* (۳۶-۱) در موارد گزارش «قطعه کروموزومی ناشناخته» (mar) فقط

در صورتی که والدین سالم، فاقد این قطعه باشند و این قطعه

کروموزوم جنسی نباشد، علامتدار بودن جنین قویاً مطرح است.

۳۷- نتیجه مثبت آزمایشهای غربالگری حتی cell free DNA تشخیص قطعی محسوب نمیشود و تنها نشاندهنده احتمال بالای ابتلای جنین به برخی اختلالات از جمله تریزومی ۲۱ یا (NTD نقائص لوله عصبی) است. در این موارد نیاز به انجام بررسیهای تکمیلی توسط پزشک معالج میباشد.

* ۳۸- در موارد تشخیص اختلال ژنتیکی Hb H بایستی در گزارش

آزمایشگاه نوع آن (deletional) یا (non deletional) مشخص

گردد

* (۳۸-۱) در موارد non deletional شدت علائم بیشتر است. در

موارد deletional بسته به چگونگی همراهی انواع جهش ها، فقط در

برخی موارد، علائم شدید خواهد بود .

* ۳۹- در موارد شک به وجود یا عدم وجود علائم بالینی ناشی از اختلال ژنتیکی، لازم است قبل از تشکیل کمیسیون، ترجیحاً مشاوره کتبی و در صورت محدودیت زمانی شدید، مشاوره تلفنی با مرکز ژنتیک مربوطه یا متخصصین ژنتیک سازمان انجام و متعاقباً توضیحات مکتوب متخصص ژنتیک در پرونده درج شود.

* ۴۰- در مواردی که والدین، هردو مبتلا به تالاسمی ماژور اثبات شده به روش ژنتیکی باشند، به شرط آن که بارداری حاصل از استفاده از اهدای گامت یا جنین نباشد، جنین قطعاً مبتلا خواهد بود و برای احراز بیماری جنین نیاز به انجام آزمایش ژنتیک بر روی جنین نیست. در این موارد لازم است نتیجه آزمایش ژنتیک پدر و مادر در پرونده نگهداری شود.

نکات مرتبط با ناهنجاریهای قلبی

- * ۴۱- ناهنجاریهای قلبی که با سونوگرافی تشخیص داده شده اند باید با اکوکاردیوگرافی تأیید شوند، مگر در موارد single ventricle سندرم بطن چپ هیپوپلاستیک (HLHS) و سندرم بطن راست هیپوپلاستیک (HRHS) که سونوگرافی جهت تشخیص آنها کافی است
- * ۴۲- در مواردی که امکان تکرار اکوکاردیوگرافی نیست، ناهنجاری قلبی باید توسط حداقل یک سونوگرافی معتبر تأیید شود.

نکات مرتبط با ناهنجاریهای ساختاری غیر قلبی

* ۴۳- در ناهنجاریهایی نظیر گاستروشزی و امفالوسل، تشخیص قطعی

در سن بارداری بالاتر از ۱۳ هفته امکانپذیر است

* ۴۴- تشخیص قطعی اختلالات ساختاری مخچه با سونوگرافی پس از

سن ۱۸ هفته امکانپذیر است.

ارجاع پرونده به کمیسیون

* ۴۵- پزشک معاین بایستی کلیه مدارک مؤید سن جنین، ناهنجاری جنین و یا بیماری مادر را بررسی نماید و در صورت نیاز سریعاً اقدامات تشخیصی تکمیلی را انجام دهد و پس از اطمینان از سن جنین و قطعی بودن تشخیص ناهنجاری جنین و یا بیماری مادر، ضمن هماهنگی با مادر باردار درخصوص زمان تشکیل کمیسیون، پرونده را هرچه سریعتر به کمیسیون سقط ارجاع دهد. ارجاع پرونده به کمیسیون سقط باید کمتر از یک هفته از زمان تشکیل پرونده صورت گیرد، مگر آنکه مستندات ناقص بوده و مهلت کافی برای سقط موجود باشد که در این صورت تا زمان رفع نواقص و تکمیل مدارک باید از ارجاع پرونده به کمیسیون خودداری گردد.

* (۴۵-۱) اگرچه عموماً نیازی به انجام مشاوره تخصصی قبل از کمیسیون نیست، ولی پزشک معاین در صورت ضرورت یا بنا به دستور قاضی کمیسیون میتواند مشاوره های لازم جهت حصول اطمینان از نوع بیماری / ناهنجاری جنین، علائم بالینی و قابلیت درمان آن و نیز قابلیت درمان بیماری مادر یا امکان رفع خطر جانی ناشی از آن را انجام دهد.

۴۶- در موارد زیر نیازی به ارجاع پرونده به کمیسیون نیست

* الف- چنانچه مستندات موجود دلالت بر قطعی بودن ناهنجاری جنین و یا بیماری مادر نداشته باشد و مادر باردار ابراز نماید که مدارک دیگری در اختیار ندارد و پزشک معاین در ارزیابیهای تکمیلی مورد نیاز به تشخیص قطعی دال بر ناهنجاری جنین و یا بیماری مادر نرسد نظیر موارد NTافزایش یافته، سیستیک هیگروما (Cystic Hygroma) مشاهده و گزارش صرفاً یک یا چند soft marker در سونوگرافی و....



* ب- در موارد ناهنجاری جنینی، چنانچه مستندات موجود و معاینه بالینی

دلالت قطعی بر سن بالای ۴ ماه جنین داشته باشد و مادر باردار ابراز نماید

که مدارک معتبر دیگری برای تعیین سن جنین در اختیار ندارد.

* پ- در مواردی که دلیل / دلایل ابرازشده توسط مادر به صورت آشکار خلاف موارد مندرج در ماده ۵۶ قانون است و ناهنجاری جنینی نیز رخ نداده است، مانند ناخواسته بودن بارداری، مواجهه با اشعه، مصرف داروهای تراتوژن، وجود IUD درون رحم، ابتلا مادر به برخی بیماریهای عفونی مانند آبله مرغان، سرخجه، توکسوپلاسموز، CMV و پاروویروس B19.



* (۴۶-۱) در تمام مواردی که نیازی به ارجاع پرونده به کمیسیون

نیست، در صورت اعتراض مادر، پرونده به کمیسیون ارجاع میشود.



* ۲-۴۶) در موارد عدم ارجاع پرونده به کمیسیون سقط، در صورت

درخواست مادر یا ولی، گواهی مبنی بر عدم امکان صدور مجوز سقط

جنین صادر میگردد و در آن به علت آن نیز اشاره میشود.

* ۴۷- موارد حاملگی پوچ (Blighted Ovum) مرگ داخل رحمی جنین، سقط فراموش شده، سقط اجتناب ناپذیر و مول کامل یا پارشیل مول نباید به سازمان ارجاع شوند و باید توسط پزشک معالج در خصوص آنها تصمیم گیری شود. در صورت ارجاع این موارد به سازمان، برای آنها پرونده تشکیل میشود ولی نیازی به ارجاع به کمیسیون ندارند.

تشکیل کمیسیون

* ۴۸- کمیسیون سقط قانونی ترجیحاً در همان روز و حداکثر ظرف یک هفته

از زمان تشکیل پرونده در ساعات اداری و در صورت لزوم در ساعات

غیراداری و یا در روزهای تعطیل در محل پزشکی قانونی با حضور قاضی

ویژه، متخصص متعهد و پزشک قانونی تشکیل میشود.

* ۲-۴۸) صرفاً در موارد محدودیت زمانی برای صدور مجوز و عدم امکان حضور همه اعضای کمیسیون در جلسه، به شرط فراهم بودن زیرساختهای لازم، تشکیل کمیسیون به صورت مجازی صرفاً با استفاده از پیام رسانهای داخلی مجاز امکان پذیر است، مشروط به آن که کلیه مستندات برای همه اعضا ارسال شود و بهطور مستند مورد تأیید ایشان قرار گیرد.

* ۳-۴۸) در مواردی که به دلیل سن جنین (سن ۱۸ هفته و بیشتر از آن) یا به دلیل شرایط مادر، تصمیم‌گیری اورژانسی ضرورت دارد، تشکیل کمیسیون باید در همان روز انجام گردد.

* ۴۹- مادر و یا ولی (در صورت ضرورت)، به دستور قاضی و با تعیین و اعلام وقت قبلی به جلسه کمیسیون دعوت میشوند.

شرح وظایف اعضای کمیسیون

* ۵۰- تعیین سن جنین و اطمینان از قطعی بودن ناهنجاری جنین و یا بیماری مادر و ارزیابی مستندات به عهده پزشک قانونی کمیسیون است. در صورتی که علائم بالینی ناشی از بیماری جنین دارای طیف است لازم است پزشک قانونی علاوه بر موارد فوقالذکر، در صورت امکان نظر خود در خصوص دارای طیف بودن علائم بیماری را نیز به صورت مکتوب در برگ شرح معاینات درج نماید.

* ۵۱- لازم است رشته تخصصی عضو متخصص متعهد عضو کمیسیون مرتبط با موضوع کمیسیون باشد. متخصص متعهد باید علاوه بر اظهارنظر درخصوص سن جنین و قطعی بودن تشخیص، نظر خود درخصوص طیف علائم بیماری، قابلیت درمان ناهنجاری/ بیماری جنین و یا درخطر بودن جان مادر ناشی از بیماری اولیه و/ یا بهدنبال حاملگی که با انجام سقط برطرف خواهد شد را بهصورت مکتوب در برگ شرح معاینات درج کند. ارزیابی مستندات علاوه بر پزشک قانونی، برعهده متخصص متعهد نیز هست.

* ۵۲- تشخیص و احراز حرج و تطبیق قانونی خطر جانی مادر و فقدان امکان جایگزینی برای حرج مادر پس از اخذ نظر پزشک قانونی و عضو متخصص کمیسیون، بر عهده قاضی کمیسیون است.

* (۵۲-۱) سازمان به منظور ایجاد حصول اطمینان از فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر، از سازمان بهزیستی در خصوص امکان نگهداری، ارائه خدمات درمانی و توانبخشی کودکان دارای ناهنجاری/ بیماری، به صورت کلی استعلام نموده است که اصل استعلام و پاسخ آن به پیوست آمده است. (پیوست شماره ۵) در صورت درخواست قاضی کمیسیون، استعلام موردی در استان نیز انجام میشود

* ۵۳- اخذ اظهارات «ولی» در خصوص امکان نگهداری و فراهم آوردن شرایط لازم جهت نگهداری مادام العمر کودک پس از تولد به گونه ای که بتواند سختی و مشقت شدید مادر ناشی از ناهنجاری جنین را رفع نماید با قاضی کمیسیون خواهد بود.

احراز خرج مادر

* ۵۴- از آنجایی که تشخیص خرج مادر با قاضی است، پس از قطعی شدن تشخیص ناهنجاری جنین نیازی به انجام مشاوره با متخصصین مرتبط با بیماری / ناهنجاری جهت تأیید خرج مادر نیست. صرفاً در مواردی که در خصوص طیف علائم بالینی جنین و یا نوع درمانهای موجود در کشور برای آن بیماری / ناهنجاری ابهام وجود دارد، بسته به مورد قبل یا بعد از تشکیل کمیسیون و قبل از صدور رأی، مشاوره با متخصص مربوطه انجام میشود.

احراز بیماری مادر و تهدید جانی وی

* ۵۵- در موارد بیماری مادر، ارائه مدارک و مستندات پاراکلینیک مؤید بیماری مادر، وجود یک سونوگرافی مشخص کننده سن جنین و ارائه نظریه پزشک معالج مرتبط با نوع بیماری، جهت تأیید تشخیص بیماری و اعلام تهدید جانی مادر در صورت تداوم بارداری، ضروری است

* ۵۶- بررسی مصادیق روانپزشکی سقط جنین مانند سایر رشته های بالینی با تشخیص قطعی روانپزشک انجام میشود. در این خصوص روانپزشک شاغل در سازمان میتواند متخصص متعهد کمیسیون باشد.

صدور مجوز سقط جنین

* ۵۷- در موارد مشمول بندهای «الف» و «ج» ماده ۵۶ قانون، صدور مجوز در سن بارداری چهارماهگی و بالاتر جنین مجاز نیست. به عبارتی موارد بند «ب» مشمول محدودیت چهارماهگی نمیشوند.

* (۱-۵۷) در موارد بند «ب»، صدور مجوز سقط برای جنینی که به سنی رسیده که دارای قابلیت حیات خارج رحمی است، موضوعیت ندارد. در این سن بارداری اقدام برای خارج کردن جنین از رحم، زایمان زودرس محسوب میشود. تصمیم گیری در این خصوص بایستی بر اساس موازین علمی توسط پزشک معالج انجام گردد.



* ۵۸- قاضی پس از اخذ اظهارات مادر و ولی و بررسی مدارک،

مستندات پزشکی و استماع اظهارات دیگر اعضای کمیسیون، اقدام

به صدور رأی دال بر جواز یا عدم جواز سقط مینماید.

* ۵۹- رأی قاضی در سربرگ سازمان با درج تاریخ و شماره پرونده پزشکی

قانونی، به صورت تایپ شده صادر میگردد.

* (۱-۵۹) تاریخ درج شده در بالای برگ رأی، تاریخ صدور رأی است و لازم

است از درج تاریخ تشکیل پرونده در بالای برگ رأی خودداری گردد.

* ۶۰- در رأی صادرشده نام و نام خانوادگی، شماره ملی مادر یا شماره اتباع، تعداد قل، نام ناهنجاری جنین و یا بیماری مادر، وجود حرج یا خطر جانی مادر، سن جنین (به هفته و روز)، و تطبیق با بند مورد نظر در ماده (۵۶بندهای الف، ب یا ج) درج شده و داشتن سن بارداری کمتر یا بیشتر از چهارماهگی، مورد اشاره قرار میگیرد. لازم است موضوع جواز یا عدم جواز سقط جنین نیز بهصورت کاملاً مشخص درج گردد.

* ۶۱- در موارد چندقلویی که همه جنینها ناهنجار نیستند لازم است بر مجاز بودن سقط جنین صرفاً برای جنین یا جنینهای ناهنجار (با ذکر تعداد جنین مبتلا) تأکید شود.

* ۶۲- در صورتی که رأی قاضی خلاف نظر دیگر اعضای کمیسیون باشد لازم است استدلال قاضی در این خصوص در مفاد رأی درج گردد.

* ۶۳- مدت اعتبار رأی با ذکر تاریخ آخرین روز اعتبار (با استفاده از عبارت «تا پایان تاریخ») و مدت زمان مجاز و محل تعیینشده برای اعتراض به رأی در انتهای رأی درج میگردد.

* (۱-۶۳) حداکثر مدت اعتبار مجوز پانزده روز از تاریخ صدور رأی است. بنابراین مادر باید ظرف مدت مذکور جهت سقط جنین به بیمارستان مراجعه نماید.

* ۶۴- چنانچه پانزده روز از زمان صدور رأی دال بر جواز سقط، گذشته و مادر هنوز اقدام به سقط نکرده باشد در صورت عدم تغییر شرایط جنین و مادر، صدور رأی مجدد با دستور قاضی کمیسیون، بدون تشکیل کمیسیون مجدد و تنها با تغییر تاریخ صدور و زمان اعتبار آن مجاز است.

* ۱-۶۴) در این موارد لازم است رأی اولیه از مادر و ولی گرفته شده و در پرونده ضمیمه شود و موضوع صدور مجدد رأی در پرونده مستند گردد.

صدور گواهی اعلام رأی

* ۶۶- پس از صدور رأی قاضی و اخذ عدم اعتراض مادر و ولی به رأی، گواهی اعلام رأی صادر میشود. این گواهی باید دارای عکس مادر بوده و به امضای رییس اداره پزشکی قانونی که کمیسیون در آن تشکیل میشود برسد. همچنین لزوم انجام سقط در یک مرکز درمانی مجهز توسط متخصص زنان و زایمان باید در آن مورد تأکید قرار گیرد

* ۶۷- در موارد چندقلویی که فقط یک جنین مبتلا به ناهنجاری است، انجام سقط به طریق متعارف امکانپذیر نیست. در این موارد انجام سقط جنین مبتلا، صرفاً توسط پریناتولوژیست امکانپذیر است و این موضوع بایستی در گواهی اعلام رأی درج گردد.

* (۱-۶۷) در موارد چندقلویی از اشاره به محل قل (قل بالا/ قل سمت راست و...) خودداری گردد.

* ۶۸- یک نسخه از رأی به همراه گواهی اعلام رأی صادره با عنوان
«مجوز سقط جنین» یا «عدم جواز سقط جنین» به مادر و نسخه دوم
رأی (در موارد جنینی) به ولی تحویل میگردد. نسخه دیگر رأی
همراه با گواهی یادشده در پرونده پزشکی قانونی نگهداری میشود.

* (۶۸-۱) از آنجایی که نامعلوم بودن یا فقدان «ولی» مانع از رسیدگی به درخواست مادر در کمیسیون نیست؛ در این موارد چنانچه ولی بعد از صدور رأی مراجعه نماید، رأی صادرشده به شکل مکتوب به وی اعلام و در صورت اعتراض وی مراتب به مرجع تجدیدنظر ارجاع میشود

* ۶۹-در موارد صدور رأی مجدد (موضوع بند شماره ۶۴) لازم است گواهی اعلام رأی اولیه نیز از مادر گرفته شده و در پرونده ضمیمه شود.

اطلاع رسانی به مادر

* ۷۰- سازمان فهرست بیمارستانهای هر استان را که مجاز به انجام سقط قانونی هستند در اختیار مادر باردار قرار میدهد. در مواردی که حسب مورد سقط فقط در بیمارستانهای خاصی امکانپذیر باشد بایستی نام آن بیمارستانها نیز مشخص گردد و در اختیار مادر قرار گیرد.

* ۷۱- در موارد چندقلویی دارای کوریون مشترک که همه جنینها مبتلا نیستند و رأی مبنی بر جواز سقط برخی از جنینها صادر شده است، انجام سقط فقط در مراکز محدودی در کشور به طرق خاص نظیر Ligation بند ناف امکانپذیر است؛ لذا لازم است هماهنگی لازم با بیمارستانهای خاصی که دارای امکانات لازم برای این اقدام هستند به عمل آید و مادر باردار در این خصوص راهنمایی شده و نام این بیمارستانها در اختیار مادر قرار گیرد.

ارجاع موضوع اعتراض به دادگاه تجدید نظر

* ۷۲- در موارد اعلام اعتراض مادر یا ولی به رأی صادرشده، مراتب به

اطلاع یکی از قضات دادگاه تجدید نظر استان که دارای حکم از

رییس محترم قوه قضاییه است رسانده شده و مستندات لازم به

طریق مقتضی در اسرع وقت برای دادگاه تجدید نظر ارسال میگردد.

* (۷۲-۱) اخذ اعتراض ولی در مواردی که رأی دال بر جواز سقط به دلیل

خطر جانی مادر است، ضرورتی ندارد.

* (۷۲-۲) در این موارد لازم است نسخهای از رأی دادگاه تجدید نظر به

سازمان ارسال شده و در پرونده نگهداری گردد.

* (۷۲-۳) لازم است از قبل هماهنگی لازم در این خصوص با قضات

ویژه دادگاه تجدید نظر انجام شود.

* ۷۴- اگرچه جهت تطبیق هویت، ضرورتی به ضبط تصویر اوراق هویتی معتبر در پرونده نیست اما در موارد جنینی، جهت احراز ولایت، نگهداری تصویر مدارک هویتی نظیر کارت ملی زن و شوهر و تصویر صفحه دوم شناسنامه و یا هر مستندی که زوجیت آنها را اثبات کند ضروری است-.

* ۷۵- لازم است پس از رؤیت اصل مدارک، کپی یا اصل گزارش اکوکاردیوگرافیها/ سونوگرافیها به همراه اصل تصاویر جنین یا CD مربوط به تصاویر جنین در پرونده ضبط گردد و اصل یا کپی اکوکاردیوگرافیها/ سونوگرافیها تحویل صاحب پرونده شود

* ۷۶- در مواردی که والدین هر دو مبتلا به تالاسمی ماژور اثبات شده به روش ژنتیکی باشند و مجوز سقط جنین بدون ارائه گزارش آزمایش ژنتیک جنین، صادر شده باشد، لازم است نتیجه آزمایش ژنتیک پدر و مادر در پرونده نگهداری شود.

* ۷۷- در موارد بیماریهای ژنتیکی، پس از رؤیت اصل مدارک، بایستی کپی یا اصل گزارش مربوطه در پرونده ضبط گردد و در مواردی که تشخیص با کاریوتایپ داده شده است لازم است علاوه بر کپی گزارش مکتوب استاندارد آن، تصویر کاریوگرام نیز نگهداری گردد

* ۷۸- در مواردی که جنسیت جنین اهمیت دارد لازم است تصویر گزارش کاریوتایپ یا هر گزارش ژنتیکی دیگری که جنسیت جنین را احراز میکند در پرونده ضبط گردد .

* ۷۹- یک نسخه از رأی قاضی و گواهی اعلام رأی نیز باید در پرونده

نگهداری شود

* ۸۰- در مواردی که تشکیل پرونده علاوه بر مرکز استان در یک یا تعدادی

از شهرستانها هم انجام میشود، لازم است تصویر کلیه مستندات هم در

شهر محل تشکیل پرونده و هم در مرکز استان نگهداری شود.



باتشکر از حسن توجه شما