




آشنایی با دستورالعمل سقط جنین درمانی



- 
- ▶ دکتر مریم بیگم یاسبنی
 - ▶ متخصص پزشکی قانونی

دستور العمل سقط جنین درمانی

۱- مقدمه

پس از انقلاب اسلامی ایران نگرش سخت‌گیرانه نسبت به انجام هرگونه سقط جنین به وجود آمد اما به تدریج تغییر نگرش نسبت به سقط جنین در جامعه و همچنین در مجلس شورای اسلامی ایجاد شد (پیوست شماره ۱) به گونه‌ای که در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۱۰ ماده واحده سقط جنین درمانی در مجلس شورای اسلامی به تصویب و سپس در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۲۵ به تأیید شورای نگهبان رسید و نهایتاً در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۳۱ جهت اجرا ابلاغ گردید. متن این ماده واحده به قرار زیر است:

سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که ادامه بارداری با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در

قانون محکمه خواهد شد.

سقط‌درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که ادامه بارداری با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون محکوم خواهند شد.

به دنبال تصویب این قانون، آیین‌نامه اجرایی آن در سازمان پزشکی قانونی تدوین و تحت عنوان دستورالعمل اجرایی سقط جنین درمانی از طرف رئیس وقت سازمان پزشکی قانونی جهت اجرا به

مدیران کل استان‌ها و قائم مقامان آنها ابلاغ شد.

«قانونی فانونی» به عنوان شخصیت حقوقی، شامل ستاد، ادارات کل و مراکزی از سازمانها
قانونی کشور می باشد که کارشناسی و بررسی در مورد سقط جنین درمانی در آن ها صورت می پذیرد.
۳- «عقب افتادگی جنین» یعنی اختلال کامل یا نسبی در ساختار یا عملکرد دستگاه عصبی جنین به هر
علتی که نهایتاً منجر به تولد نوزاد نشود و در صورت تولد با فاصله کوتاهی بمیرد یا دچار اختلال ذهنی یا
جسمی باشد به نحوی که موجب خرج مادر گردد. ملاک تشخیص، عرف پزشکی و تأیید متخصصین
ذی ربط است.

۴- «ناقص الخلقه بودن جنین» عبارت است از عدم تشکیل و یا اختلال در تشکیل یا تکامل یک یا چند عضو بدن به هر علت به طوری که جنین زنده متولد نشود و در صورت تولد با فاصله کوتاهی بمیرد یا معلول جسمی یا ذهنی باشد به نحوی که موجب خرج مادر گردد، اعم از آن که این معلولیت با اختلال ظاهری همراه باشد یا نباشد. ملاک تشخیص، عرف پزشکی و تأیید متخصصین ذی ربط است.

- ۵- «حرج مادر» عبارت است از نگرانی و سختی مادر به نحوی که تحمل رنج و مشقت ناشی از ناقص‌الخلقه یا عقب‌ماندگی جنین با مشقت شدید وی همراه باشد. بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنینی درج شده در جداول مصادیق سقط جنین درمانی این مکتوب توسط متخصصین متعدد بررسی شده و موجب حرج مادر بودن آن‌ها تأیید شده است لذا این موارد و بیماری‌ها و اختلالاتی که متعاقباً پس از بررسی در کمیته‌های کارشناسی اعلام خواهد شد، در صورت درخواست، از مصادیق حرج مادر هستند.
- ۶- «بیماری مادر» عبارت است از وضعیت بالینی و پزشکی مادر که تداوم بارداری در آن تهدید جانی برای وی تلقی گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تأیید متخصصین ذی‌ربط است.
- ۷- «مادر» یعنی خانم بارداری که متقاضی انجام عمل سقط جنین درمانی است.
- ۸- «رضایت زن» یعنی اجازه کتبی و آگاهانه مادر برای انجام عمل سقط جنین درمانی که توسط گروه پزشکی پس از آگاه‌سازی کامل وی از وضعیت موجود و عواقب قبول یا رد عمل مذکور اخذ می‌گردد.

- کمیته‌های کارشناسی اعلام خواهد شد، در صورت درخواست، از مصادیق حرج مادر هستند.
- ۶- «بیماری مادر» عبارت است از وضعیت بالینی و پزشکی مادر که تداوم بارداری در آن تهدید جانی برای وی تلقی گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تأیید متخصصین ذی‌ربط است.
- ۷- «مادر» یعنی خانم بارداری که متقاضی انجام عمل سقط جنین درمانی است.
- ۸- «رضایت زن» یعنی اجازه کتبی و آگاهانه مادر برای انجام عمل سقط جنین درمانی که توسط گروه پزشکی پس از آگاه‌سازی کامل وی از وضعیت موجود و عواقب قبول یا رد عمل مذکور اخذ می‌گردد.

۲- فرآیند صدور مجوز سقط جنین درمانی

۲-۱- مراحل صدور مجوز سقط جنین به قرار زیر است:

الف - پذیرش

ب - تکمیل فرم درخواست توسط مادر

پ - تطبیق هویت

ت - معاینه مادر و بررسی مدارک بالینی توسط پزشک

ث - تکمیل مدارک بالینی / آزمایشگاهی مؤید بارداری، سن جنین، ناهنجاری جنین / بیماری مادر

ج - استعلام در خصوص حرج مادر یا تهدید جانی مادر و بررسی نتیجه آن

چ - صدور مجوز سقط جنین درمانی به شرط فراهم بودن همه شروط

ح - دریافت تعرفه

۲-۲- در کلیه موارد مراجعه جهت بررسی سقط جنین درمانی لازم است تشکیل پرونده بدون دریافت تعرفه انجام شود.

۲-۵- بررسی و صدور مجوز سقط جنین درمانی 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.

۲-۶- در شرایط معمول، پذیرش مواردی که تقاضای مجوز سقط دارند در مراکز مجاز و در شیفت صبح صورت می گیرد و انجام مشاوره ها باید به گونه ای برنامه ریزی گردد که اخذ ارائه پاسخ مشاوره ها و سایر

ب- تکمیل فرم درخواست سقط جنین درمانی

- ۲-۷- حضور زن باردار جهت تکمیل برگ درخواست مجوز سقط جنین، در پزشکی قانونی الزامی است.
- ۲-۷-۱- در موارد جنینی یا مادری حسب مورد برگ مربوطه تکمیل و امضا شود. (پیوست های شماره ۲ و ۳) در مواردی که نه بیماری مادر مطرح است و نه بیماری / ناهنجاری جنین، نظیر موارد مصرف دارو یا بارداری ناخواسته، فرم مربوط به موارد جنینی تکمیل و امضا گردد.
- ۲-۸- در مواردی که مادر در بیمارستان بستری است و امکان حضور در پزشکی قانونی را ندارد، پذیرش به درخواست یکی از بستگان انجام و تطبیق هویت و تکمیل برگ درخواست، توسط یکی از پزشکان قانونی در بیمارستان صورت می گیرد.
- ۲-۹- نیازی به حضور پدر و تکمیل فرم درخواست توسط وی نیست.
- ۲-۱۰- چنانچه مادر مبتلا به بیماری روانی باشد، در صورتی که دارای اهلیت (بالغ، عاقل و رشید) باشد برگ درخواست توسط مادر تکمیل می شود. در غیر این صورت تکمیل برگ درخواست مجوز سقط جنین با اخذ رضایت کتبی از ولی یا قیم قانونی مادر یا با ارائه نامه مرجع قضایی انجام می شود.

پ- تطبیق هویت

۱۱-۲- جهت پذیرش متقاضیان سقط جنین درمانی، مشابه سایر پرونده‌ها ارائه مدارک هویتی معتبر الزامی است مگر در مواردی که امکان احراز هویت برخط وجود داشته باشد. در صورت عدم امکان ارائه این مدارک و عدم امکان تطبیق هویت برخط، لازم است پس از هماهنگی با مسئول اداره، پذیرش این موارد انجام شده و در زمان صدور مجوز به عدم ارائه مدارک هویتی معتبر اشاره گردد.

۱-۱۱-۲- ضرورتی به تفحص جهت احراز متأهل بودن زن نیست.

ت - معاینه مادر و بررسی مدارک

۱۲-۲: در این مرحله لازم است موارد زیر به ترتیب انجام شود:

۱-۱۲-۲ - احراز بارداری

احراز بارداری منوط به 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 و صدور مجوز سقط جنین معنایی

ندارد.

۲-۱۲-۲- تعیین سن جنین

۲-۱۲-۲-۱- در بررسی سن جنین لازم است علاوه بر توجه به 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 ۱۹ هفته است، نیز انجام و شرح معاینه در پرونده ثبت شود.

۲-۱۲-۲-۲- بهترین سونوگرافی جهت تعیین سن حاملگی سونوگرافی ۷-۱۰ هفته‌گی یا سونوگرافی NT (سونوگرافی ۱۱ هفته تا ۱۳ هفته و شش روز) است.

۲-۱۲-۲-۲-۱- چنانچه دو یا چند گزارش معتبر سونوگرافی ارائه شده که سن جنین را متفاوت گزارش کرده است، هر یک از دو سونوگرافی مذکور می‌تواند در تعیین سن جنین مورد نظر قرار گیرد لیکن اگر هیچ‌یک از سونوگرافی‌های ارائه شده مربوط به دو مورد فوق‌الذکر نباشد سونوگرافی که نزدیک‌ترین

۲-۲-۲-۱۲-۲- در تعیین سن بارداری به تاریخ سونوگرافی و معیار مورد استفاده در تعیین سن دقت شود. برای نمونه تعیین سن بر اساس HC (دور سر) و BPD (قطر بین آهیانه‌ای) 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.

۲-۲-۲-۱۲-۳- سونوگرافی باید دارای مهر و امضای رادیولوژیست/پریناتولوژیست باشد. ضمناً تصاویر سونوگرافی نیز باید پیوست به گزارش سونوگرافی باشد.

۴-۲-۲-۱۲-۲- در حاملگی‌های حاصل از روش‌های کمک‌باروری یا اهدای جنین، سن اعلام شده توسط پزشک معالج (درج شده در پرونده مرکز ناباروری) براساس زمان تلقیح (با احتساب سن زیگوت)، بر سن اعلام شده جنین براساس سونوگرافی، ارجحیت دارد.

۳-۱۲-۲- احراز ناهنجاری / بیماری جنین

۱-۳-۱۲-۲- نکات عمومی

۱-۳-۱۲-۲-۱- مدارک پاراکلینیک مؤید 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، حداقل شامل یک سونوگرافی همراه با یک اکوکاردیوگرافی است.

۲-۳-۱۲-۲- در صورت صلاحدید کارشناس پزشکی قانونی بسته به مورد، جهت تشخیص قطعی ناهنجاری‌های ساختاری، تکرار سونوگرافی توسط سونولوژیست (رادیولوژیست) یا پریناتولوژیست، مازاد بر موارد فوق‌الذکر، بلامانع است.

۲-۱۲-۳-۲- نکات مرتبط با اختلالات ژنتیکی

۲-۱۲-۳-۲-۱- اعلام نقایص ژنتیکی بر اساس آزمایش ژنتیکی یا آنزیمی، قطعی محسوب می‌گردد و نیاز به تکرار نمی‌باشد.

۲-۱۲-۳-۲-۲- در اختلالات ژنتیکی وابسته به کروموزوم X مغلوب، نظیر دوشن، هموفیلی و موارد Fragile X، جنسیت جنین باید توسط مراکز ژنتیک مشخص گردد. اگر جنسیت جنین اعلام نشده باشد لازم است از مرکز ژنتیک مربوطه جنسیت جنین استعلام شود. در این موارد فقط در صورت مذكر اعلام شدن جنین امکان صدور مجوز سقط جنین وجود دارد.

۲-۱۲-۳-۲-۲-۱- در موارد Fragile X، لازم است تعداد تکرار متیلاسیون در گزارش ژنتیک درج شده باشد. فقط به تکرار بیش از ۲۰۰ بار، مجوز سقط جنین تعلق می‌گیرد.

۳-۲-۳-۱۲-۲- تشخیص اختلالات ژنتیکی از نوع کروموزومی نظیر سندرم داون و سایر تریزومی‌ها (مثل سندرم 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 با روش سیتوژنتیک (کاریوتایپ) یا حداقل با یک نوع تست سریع دیگر تأیید شود.

۱-۳-۲-۳-۲- در حال حاضر تست سریع شامل انجام آزمایش‌های ژنتیک با روش QF-PCR،
FISH و MLPA می‌باشد.

۴-۲-۳-۲-۲- به جز در پارشیل تریزومی‌ها و مونوزومی‌های کروموزوم‌های آکروسنتریک
(کروموزوم‌های ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۲۱ و ۲۲) کلیه تریزومی‌ها و مونوزومی‌های پارشیل یا کامل غیرجنسی
(اتوزومال) دارای علائم بالینی شدید هستند و مشمول مجوز سقط جنین می‌باشند.

(این آزمایش‌ها در مراکز تشخیصی ژنتیک و همپتون مرکز تشخیصی ژنتیک می‌باشند.)

(این آزمایش‌ها در مراکز تشخیصی ژنتیک و همپتون مرکز تشخیصی ژنتیک می‌باشند.)

۵-۲-۳-۱۲-۲- تریزومی‌ها و مونوزومی‌های پارشیل یا کامل جنسی نظیر سندرم‌های ترنر و کلینفیلتر عموماً دارای علائم بالینی شدید در حدی که موجب حرج مادر شوند، نیستند و لذا امکان صدور مجوز سقط جنین برای این موارد وجود ندارد. مگر آن که دارای ناهنجاری دیگری که موجب حرج مادر گردد، باشند.

۶-۲-۳-۱۲-۲- در اختلالات ژنتیکی کروموزومی از نوع ترانسلوکاسیون، صدور مجوز سقط جنین منوط به نامتعادل (Unbalanced) اعلام شدن آن اختلال است.

۷-۲-۳-۱۲-۲- اختلالات کروموزومی از نوع Insertion، addition و isochromosome

نامتعادل محسوب می‌شوند.

۲-۱۲-۳-۲-۶- در اختلالات ژنتیکی کروموزومی از نوع ترانسلوکاسیون، صدور مجوز سقط جنین منوط به نامتعادل (Unbalanced) اعلام شدن آن اختلال است.

۲-۱۲-۳-۲-۷- اختلالات کروموزومی از نوع Insertion، addition و isochromosome نامتعادل محسوب می‌شوند.

۲-۱۲-۳-۲-۸- چنانچه در بررسی‌های آزمایشگاهی ژنتیکی معتبر، دوتایی شدن (Duplication) یا حذف‌هایی (Deletion) گزارش شود که جزء واریاسیون‌های طبیعی شناخته شده نباشد، امکان صدور مجوز سقط وجود دارد.

۲-۱۲-۳-۲-۹- اعلام گزارش موزائیسیم برای اختلالات کروموزومی در نمونه CVS، مجدداً باید با انجام آمنیوسنتز مورد تأیید قرار گیرد.

۱۰-۲-۳-۱۲-۲- چنانچه آزمایشگاه ژنتیک در کاریوتایپ مایع آمنیوتیک، موزائیسیم گزارش نماید برای

تصمیم‌گیری جهت صدور مجوز سقط توجه به نکات زیر ضروری است:

الف- حداقل باید ۵۰ سلول شمارش شده باشد.

ب- حداقل درصد موزائیسیم باید ۱۵ درصد و یا بیشتر باشد.

۱۱-۲-۳-۱۲-۲- اگر در جنین پسر (46xy) یا دختر (46xx) مارکری یافت شود که نوپدید

(Denovo) است یعنی مارکر مذکور در والدین وجود نداشته باشد، چنانچه مارکر یاد شده کروموزوم

جنسی نباشد، اندیکاسیون سقط خواهد داشت.

۱۲-۲-۳-۱۲-۲- چنانچه در آزمایش‌های ژنتیکی در جنین، مارکری (mar) یافت شود، در اولین فرصت باید والدین وی از نظر داشتن مارکر مذکور و علامت‌دار بودن مورد بررسی قرار گیرند. اگر پدر و مادر هم آن مارکر را دارند و سالم هستند، اندیکاسیون سقط ندارد.

مارکر را دارند و سالم هستند، اندیکاسیون سقط ندارد.

والدین وی از نظر داشتن مارکر مذکور و علامت‌دار بودن مورد بررسی قرار گیرند. اگر پدر و مادر هم آن

۲-۱۲-۳-۲-۱۳- آزمایش‌های غربالگری (screening tests) مثبت حتی Cell Free DNA (NIPT)، تشخیص قطعی محسوب نمی‌شوند و نشانه ریسک ابتلای جنین به برخی ناهنجاری‌ها از جمله تریزومی ۲۱ و یا NTD (نقائص لوله عصبی) هستند. در این موارد جهت تشخیص قطعی نیاز به انجام بررسی‌های تکمیلی توسط پزشک معالج می‌باشد.

۲-۱۲-۳-۲-۱۴- در موارد تشخیص اختلال ژنتیکی Hb H بایستی در گزارش آزمایشگاه نوع آن (deletional یا non deletional) اعلام شده باشد.

۲-۱۲-۳-۲-۱۴-۱- به موارد non deletional مجوز سقط تعلق می‌گیرد. در موارد deletional بسته به چگونگی همراهی انواع جهش‌ها، فقط در موارد خاصی امکان صدور مجوز سقط جنین وجود دارد.

۱۶-۲-۳-۱۲-۲- 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.

۳-۳-۱۲-۲- نکات مرتبط با ناهنجاری‌های قلبی

۱-۳-۳-۱۲-۲- ناهنجاری‌های قلبی که با سونوگرافی تشخیص داده شده‌اند 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.

۴-۳-۱۲-۲- نکات مرتبط با ناهنجاری‌های ساختاری غیرقلبی

۴-۳-۱۲-۲-۱- در ناهنجاری‌هایی نظیر گاستروشزی و امفالوسل تشخیص قطعی منوط به سن بارداری بالاتر از ۱۳ هفته است.

۴-۳-۱۲-۲-۲- در مواردی که در سونوگرافی فقط "NT" افزایش یافته گزارش شده، لازم است به مادر باردار توصیه شود جهت انجام اقدامات تشخیصی لازم به پزشک معالج مراجعه نماید.

۴-۳-۱۲-۲-۳- سیستیک هیگروما (Cystic Hygroma) به‌تنهایی یک اختلال جنینی با پیش‌آگهی خوب محسوب می‌گردد ولی ممکن است اختلالات کروموزومی و ناهنجاری‌های دیگر نیز همراه با آن وجود داشته باشد بنابراین صرف ابتلا جنین به این عارضه به‌تنهایی دلیلی بر صدور مجوز سقط جنین

نکاتی در مورد سیستیک هیگروما

cystic hygroma ناهنجاری جنینی سیستم لنفاتیک در ناحیه گردن است که در اثر اختلال در ارتباط سیستم لنفاتیک و وریدها ایجاد شده و باعث تجمع لنف در ناحیه گردن می شود و به دو شکل **septate** و **nonseptate** دیده می شود.

سیستیک هیگروما می تواند به عنوان یک نقص منفرد یا به عنوان قسمتی از یک سندرم رخ دهد و پروگنوز آن بستگی به بیماری زمینه ای و آنومالی همراه دارد.

بیشترین سندرم همراه با این اختلال، سندرم ترنر می باشد (۴۲٪)، در ۳۲٪ موارد کاریوتایپ جنین نرمال است و در باقی موارد همراه با تریزومی ها گزارش شده است.

سیستیک هیگروما به عنوان نقص منفرد می تواند پس از تولد با انجام یک عمل جراحی اصلاح شود. پس از آن پیش آگهی برای زنده ماندن خوب است.

بعضی از موارد سیستیک هیگروما در دوران داخل رحمی جذب شده فقط پره گردنی باقی خواهد ماند. سیستیک هیگروما معمولاً در سونوگرافی های سه ماهه اول تشخیص داده می شود.

تشخیص علت اصلی ایجاد سیستیک هیگروما با روش های غیرتهاجمی مانند اکوکاردیوگرافی قلب جنین و روش های تهاجمی مانند انجام آمنیوسنتز و CVS می باشد.



۵-۴-۳-۱۲-۲- در موارد مواجهه با اشعه، مصرف داروهای تراتوژن، ابتلا مادر به برخی بیماری‌های عفونی مانند آبله مرغان، سرخجه، توکسوپلاسموز، CMV و پارو ویروس B۱۹ توصیه می‌گردد مادر تحت نظر پزشک معالج قرار گرفته، مراقبت و درمان‌های مناسب و مورد نیاز را در صورت لزوم دریافت کند. در صورت بروز ناهنجاری در جنین قبل از ۱۹ هفته‌گی به پزشکی قانونی ارجاع و موضوع بررسی

شود. صرف افزایش آنتی‌بادی‌های مربوط به بیماری‌های فوق در مایع آمنیوتیک، اندیکاسیون صدور مجوز سقط جنین نیست.

۵-۱۲-۲- احراز بیماری مادر و تهدید جانی وی

۵-۱۲-۲-۱- در موارد بیماری مادر، ارائه مدارک پاراکلینیک مؤید بیماری مادر، وجود یک سونوگرافی مشخص کننده‌ی سن جنین و سه مشاوره تخصصی جهت تأیید تشخیص بیماری و تهدید جانی مادر (در صورت تداوم بارداری) ضروری است.

۲-۵-۱۲-۲- بررسی مصادیق روان‌پزشکی سقط جنین درمانی مانند سایر رشته‌های بالینی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص انجام می‌شود. در این خصوص روانپزشک معالج بیمار و روانپزشک شاغل در سازمان می‌توانند از پزشکان تشخیص دهنده بیماری مادر باشند.

۳-۵-۱۲-۲- در خصوص ختم حاملگی‌های خارج رحمی (ectopic pregnancy)، تصمیم‌گیری لازم توسط متخصص زنان و زایمان صورت می‌گیرد و این موارد نیازی به مجوز سقط جنین درمانی ندارند.

گروه اول: ناهنجاری‌ها

۱- ناهنجاری‌های سیستم عصبی

ردیف	نام بیماری
۱	آکرانیا Acrania
۲	آنانسفالی Anencephaly
۳	اگزنسفالی Exencephaly
۴	انسفالوسل Encephalocele
۵	میلوانسفالوسل Myeloencephalocele
۶	میکروسفالی Microcephaly
۷	هیدرانسفالی Hydrencephaly
۸	هیدروسفالی - در صورت همراه بودن با سایر آنومالی‌های موجود در لیست و یا - هیدروسفالی بیش از ۱۵ میلی‌متر Hydrocephaly with other anomalies in the list Hydrocephaly more than 15 mm
۹	هیدروسفالی همراه آتروفی کورتکس Hydrocephaly with Cortex Atrophy
۱۰	سندرم دندی-واکر Dandy Walker syndrome
۱۱	پروزنسفالی Prosencephaly
۱۲	هولوپروزنسفالی Holoprosencephaly
۱۳	آپلازی مخچه Cerebellar Aplasia
۱۴	اسپاینا بیفیدا آپرنا Spina bifida aperta
۱۵	منتگومیلوسل Meningomyelocele
۱۶	آرنولد کیاری تیپ II Arnold-Chiari malformation (Type II)
۱۷	کرایوسینوستوزیس شدید Sever Craniosinostosis
۱۸	کرایوسیزیس Cranioschisis
۱۹	سایر ناهنجاری‌های شدید مغزی Other severe brain malformations
۲۰	سایر ضایعات لوله عصبی Other Neural Tube defects (NTD)

۲- ناهنجاری های موسکولواسکلتال

الف- دیسپلازی های استخوانی

ردیف	نام ناهنجاری
۱	آکوندروپلازی Achondroplasia
۲	دیسپلازی اکرومزوملیک Acromesomelic dysplasia
۳	دیسپلازی آسفیکسی زای توراسیک (سندرم ژوئن) Asphyxiating thoracic dysplasia (Jeune Syndrome)
۴	دیسپلازی کمپوملیک Campomelic dysplasia
۵	کوندرو دیسپلازی پونکتاتا (ریزوملیک نوع AR و XL) Chondrodysplasia punctata
۶	دیسپلازی دیاستروفیک Diastrophic dysplasia
۷	دوارفسم (ریزوملیک) Dwarfism (rhizomelic dwarfism)
۸	سندرم الیس وان کرولد (دیسپلازی کوندرواکتودرمال) Ellis- van creveld syndrome
۹	دیسپلازی اپی فیزیال (نوع congenital) Epiphyseal dysplasia
۱۰	دیسپلازی متافیزیال Metaphyseal dysplasia
۱۱	دیسپلازی متاتروپیک Metatropic dysplasia
۱۲	استئوژنز ایمپرکتا (به جز نوع I) Osteogenesis Imperfecta (Except Type I)

الف- ادامه دیسپلازی‌های استخوانی

نام ناهنجاری	ردیف
<p>Radial Aplasia or Hypoplasia:</p> <p>Fanconi Anemia</p> <p>TAR syndrome</p> <p>VATER anomaly</p> <p>AASE syndrome</p>	<p>آپلازی یا هیپوپلازی رادیوس:</p> <p>آنمی فانکونی</p> <p>سندرم TAR^۱</p> <p>آنومالی VATER^{۲-۳}</p> <p>سندرم AASE^۴ (شست سه بندی / آنمی هیپوپلاستیک و CHD^۵)</p> <p>۱۳</p>
Spondyloepimetaphyseal dysplasia	<p>دیسپلازی اسپوندیلوای متافیزیال</p> <p>۱۴</p>
Stippled Epiphysis	<p>دیسپلازی استخوانی - غضروفی کشنده یا استیل ای فیزیال</p> <p>۱۵</p>
Syrenomelia (Mermaid syndrome)	<p>سیرنوملیا (سندرم پری دریایی)</p> <p>۱۶</p>
Thanatophoric dysplasia	<p>دیسپلازی تاناتوفوریک</p> <p>۱۷</p>

ب - نقائص اندام‌ها

نام ناهنجاری		ردیف
Amelia	آملیا	۱
Mesomelia	مزوملیا	۲
Hemimelia	همی‌ملیا	۳
Phocomelia	فوکوملیا	۴

پ - دفورمیتی ستون فقرات

نام ناهنجاری		ردیف
Sacral Agenesis	آژنزی ساکرال	۱

ث- سایر ناهنجاری‌های مادرزادی موسکولواسکلتال

ردیف	نام ناهنجاری
۱	فتق دیافراگم مادرزادی Congenital diaphragmatic hernia
۲	گاستروشنزی Gastrochiesis
۳	امفالوسل Omphalocele

۳- ناهنجاری‌های سیستم تنفسی

ردیف	نام ناهنجاری
۱	آژنزی دوطرفه ریه‌ها Bilateral Pulmonary Agenesis
۲	آپلازی دوطرفه ریه‌ها Bilateral Pulmonary Aplasia
۳	هیپوپلازی دوطرفه شدید ریوی Bilateral Severe Pulmonary hypoplasia
۴	آترزی حنجره Laryngeal Atresia
۵	لنفانژکتازی ریوی Pulmonary Lymphangiectasia
۶	هیپوپلازی توراکس: - به شرط همراه بودن با سایر آنومالی‌های موجود در لیست اندیکاسیون‌های سقط جنین - در صورت ایزوله بودن هیپوپلازی توراکس لازم است توسط مراکز سونوگرافی معتبر تأیید گردد. Thorax hypoplasia
۷	سیستیک آدنوماتوئید مادرزادی نوع صفر Type 0 Congenital Cystic Adenomatoid Malformation (Microcystic adenomatoid malformation)
۸	آژنزی یک‌طرفه ریه همراه با سایر آنومالی‌ها (همانند آژنزی کلیه‌ها و...) Unilateral pulmonary agenesis with other anomalies (renal agenesis ,...)

۵- ناهنجاری‌های سیستم ادراری - تناسلی

الف- ناهنجاری‌های کلیه

نام ناهنجاری		ردیف
Alport Syndrome	سندرم آلپورت	۱
Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease (ARPKD)	کلیه پلی کیستیک نوع مغلوب	۲
Bilateral Hypoplastic Dysplastic Kidney	دیسپلازی هیپوپلاستیک مولتی کیستیک دوطرفه کلیه‌ها	۳
Bilateral Multicystic Dysplastic Kidney (MCDK)	دیسپلازی مولتی کیستیک دوطرفه کلیه‌ها	۴
Bilateral Renal Agenesis (potter syndrome)	آژنزی دوطرفه کلیه‌ها (سندرم پوتر)	۵
Fetal Nephrotic Syndrome	سندرم نفروتیک جنین (نوع ژنتیک)	۶
Hydrops Fetalis	هیدروپس فتالیس با هر مکانیسمی	۷

ب- ناهنجاری های مثانه و مجاری ادرار

ردیف	نام ناهنجاری
۱	هیدرونفروز شدید دوطرفه کلیه ها همراه با الیگوهیدرآمنیوس شدید یا اختلال رشد ریه ها
۲	والو مجرای خلفی همراه با هیدرونفروز درجه III (شدید) یا با الیگوهیدرآمنیوس شدید
۳	هر نوع اوروپاتی انسدادی شدید دوطرفه کلیه ها همراه با الیگوهیدرآمنیوس شدید
۴	اکستروفی مثانه

۳- بیماری‌های خونی، ارگان‌های خون ساز و اختلالات خاص با درگیری مکانیسم‌های ایمنی

الف- اختلالات مرتبط با گلبول‌های قرمز

ردیف	نام ناهنجاری
۱	<p>آلفا تالاسمی</p> <p>- نوعی که هیدروپس می‌دهد (هموگلوبین بارتز)</p> <p>- بیماری هموگلوبین H (نوع Non deletional)</p>
۲	بتا تالاسمی ماژور
۳	بتا تالاسمی ایترمدیا
۴	بیماری سیکل سل
۵	بتا تالاسمی و سیکل سل
۶	بتا تالاسمی (ماژور یا ایترمدیا) به همراه دلتا- بتا تالاسمی
۷	<p>هموگلوبینوپاتی‌های دیگر مانند</p> <p>سیکل سل + هموگلوبین D</p> <p>سیکل سل + دلتا- بتا تالاسمی</p> <p>سیکل سل + گاما- دلتا- بتا تالاسمی</p> <p>سیکل سل + اپسیلون- گاما- دلتا- بتا تالاسمی</p> <p>دلتا- بتا تالاسمی + دلتا بتا تالاسمی</p> <p>دلتا- بتا تالاسمی + گاما- دلتا- بتا تالاسمی</p> <p>بتا- تالاسمی + آلفا تریپلیکیشن</p> <p>بتا- تالاسمی + آلفا کوادروپلیکیشن</p>
۸	آنمی فانکونی

ب- اختلالات مرتبط با فاکتورهای انعقادی

ردیف	نام ناهنجاری
۱	هموفیلی A (نقص فاکتور ۸) ^۱ نوع شدید ← مقدار فاکتور کمتر از ۱٪ نوع متوسط ← مقدار فاکتور ۱-۵٪
۲	هموفیلی B (نقص فاکتور ۹) نوع شدید ← مقدار فاکتور کمتر از ۱٪ نوع متوسط ← مقدار فاکتور ۱-۵٪
۳	بیماری فون ویل براند تیپ ۳ Von willebrand Disease (VWD) Type III
۴	نقص فاکتور ۲ Lack of Factor II
۵	نقص فاکتور ۵ Lack of Factor V
۶	نقص فاکتور ۷ Lack of Factor VII
۷	نقص فاکتور ۱۰ Lack of Factor X
۸	نقص فاکتور ۱۱ Lack of Factor XI
۹	نقص فاکتور ۱۳ Lack of Factor XIII
۱۰	آفیبرینوژنمی Afibrinogenemia

درصد فاکتور در افراد هموفیل براساس کارت هموفیلی بستگان نسبی مادری مثل پدر بزرگ مادری، دایی
و... ارزیابی می گردد.

۴- بیماری‌های غدد، تغذیه‌ای و متابولیک:

الف- اختلالات اسیدهای آمینه

ردیف	نام ناهنجاری
۱	فنیل‌کتونوری کلاسیک و غیرکلاسیک Phenylketonuria (PKU)
۱	تیروزینمی و تیروزینوز Tyrosinemia / Tyrosinosis
۳	سندرم گریسلی Griscelli Syndrome
۴	سندرم چدیاک هیگاشی Chediak Higashi
۵	بیماری شربت افرا Maple syrup urine disease (MSUD)
۶	متیل‌مالونیک اسیدمی Methylmalonicacidemia
۷	ایزووالریک اسیدمی Isovaleric acidemia
۸	پروپیونیک اسیدمی Propionic acidemia
۹	سیستینوزیس Cystinosis
۱۰	هوموسیستینوری (کلاسیک و غیرکلاسیک) Homocystinuria
۱۱	گلوٲاریک اسیدوری نوع I Glutaric Aciduria (Type I)

۲-۳- مصادیق بیماری‌های مادری

۱-۲-۳- بیماری‌ها و اختلالات مرتبط با رشته زنان:

۱-۱-۲-۳- اختلالات جفتی: موارد آکرتا، اینکرتا و پرکرتا در صورت تشخیص قطعی برای مادر با تهدید جانی همراه هستند.

۲-۱-۲-۳- موارد زیر اندیکاسیون مجوز سقط جنین درمانی نمی‌باشد:

الف- فاصله کوتاه بین سزارین‌ها یا هر نوع عمل جراحی دیگر بر روی رحم

ب- تعداد بالای سزارین قبلی

پ- سابقه پارگی قبلی رحم

.....

۱-۲-۳- بیماری‌ها و اختلالات مرتبط با رشته زنان:

۱-۱-۲-۳- اختلالات جفتی: موارد آکرتا، اینکرتا و پرکرتا در صورت تشخیص قطعی برای مادر با تهدید جانی همراه هستند.

۲-۱-۲-۳- موارد زیر اندیکاسیون مجوز سقط جنین درمانی نمی‌باشد:

الف- فاصله کوتاه بین سزارین‌ها یا هر نوع عمل جراحی دیگر بر روی رحم

ب- تعداد بالای سزارین قبلی

پ- سابقه پارگی قبلی رحم

ت- چسبندگی احشاء داخل شکمی

۳-۱-۲-۳- موارد زیر نیاز به تصمیم‌گیری توسط پزشک معالج در مراکز درمانی دارد و نیاز به مجوز سقط جنین درمانی ندارند:

الف- مول کامل

ب- پارشیل مول

۲-۲-۳- اختلالات روانی:

۱-۲-۲-۳- صدور مجوز سقط جنین در صورت ابتلای مادر به اختلال خلقی یا هر نوع اختلال روان پزشکی دیگر در صورت وجود هر سه شرط زیر امکان پذیر است:

الف- توأم با خطر اقدام به خودکشی باشد.

ب- به علت حاملگی این خطر افزایش یافته باشد.

پ- با تشخیص روان پزشک امکان درمان این اختلال به هر دلیل وجود نداشته باشد.

۲-۲-۲-۳- برای ارزیابی خطر اقدام به خودکشی توجه به عواملی که به عنوان ریسک فاکتور، احتمال این خطر را افزایش می دهند، ضروری است. نمونه هایی از این عوامل به شرح زیر است و لازم است در پرونده به آنها اشاره شود:

الف - سن پایین

ب - وجود سابقه افسردگی شدید منجر به بستری

پ - سابقه ی محرز اقدام به خودکشی

ت - اعتیاد به مواد مخدر و الکل

ث - عدم حمایت خانوادگی

ج - وضعیت اجتماعی - اقتصادی ضعیف

با آرزوی توفیق روز افزون



