附件 2

孕妇外周血胎儿游离DNA产前筛查和诊断机构备案表

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称（盖章） |  |
| 机构地址 |  |
| 产前诊断中心负责人 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 开展时间 | ①开展： 年 月 |
| ②未开展 |
| 检测方式 | □自行开展检测 |
| □与检测机构合作（逐一列举） |
| 机构名称 | 地址 | 联系人及电话 | 质量控制 | 书面协议 |
|  |  |  | 一年□次 | □有、□无 |
|  |  |  | 一年□次 | □有、□无 |
|  |  |  | 一年□次 | □有、□无 |
| 检测开展科室 | □产前诊断中心 |
| □检验科 |
| □其他科（请注明： ） |
| 收费标准 |  元/例 |
| 协议产前筛查机构 | 机构名称 | 地址 | 联系人及电话 | 质量控制 | 书面协议 |
|  |  |  | 一年□次 | □有、□无 |
|  |  |  | 一年□次 | □有、□无 |
|  |  |  | 一年□次 | □有、□无 |
|  |  |  | 一年□次 | □有、□无 |
| □经自查，本机构达到国家《孕妇外周血胎儿游离 DNA 产前筛查与诊断技术规范》有关要求，特此备案。□经自查，本机构与 （填写合作检测机构名称）合作开展孕妇外周血胎儿游离 DNA 产前筛查与诊断技术规范，已查验该协作机构资质达到国家《孕妇外周血胎儿游离 DNA 产前筛查与诊断技术规范》有关要求，特此备案。医疗机构法人：日期： |

**填表人： 填表日期： 联系电话：**

填表说明：

1、本表由产前诊断机构填报，协议机构较多可以自行增补表格填报。A4 纸打印，加盖骑缝章。

2、产前诊断机构与其他具备高通量基因测序等分子遗传技术能力的医疗机构合作时，须附上双方协议一并备案。

3、产前诊断机构与其所有协议产前筛查机构的书面协议一并备案。

4、上表“质量控制”填报产前诊断机构主动对合作检测机构、协议产前筛查机构采取的质量控制措施实施频次。

5、机构名称：按照医疗机构执业许可证第一名称填写。