

روایی و ناروایی

بفرمایید، بشنید و یا خوش آمدی بگوئید، زیرا سال پنجاه و نه هنوز مردم کم و بیش باهم مهربان بودند. پس از ورنانداز کردن من و پسر، در اوج ناباوری شنیدم می گوئید، یک پدر خوب هم می تواند استشارگر باشد! جاجوردم! به دیوارهای اتاق نگاهی انداختم که مبادا اشتباهی وارد اتاق یکی از گروهک ها شده باشم. برآستی شگفت زده شده گفتم، استشارچه میانه ای با درخواست من داشت. انگیزه همراهی فرزندم هم با من، از ناچاری بود و نه از روی مهرورزی بیش از اندازه، زیرا مادرش پرستار و عصر کار بیمارستان بود. به پسر نگاه می انداختم، چشم های خسته و سیاهش مرا به خود آورد، بی درنگ از اتاق بیرون رفتم و در شگفت بودم، این جوانک بی مایه چگونه توانسته است جایی در دفتر یک نشریه ی پرمایه (در آن زمان) بگیرد و یک شیفته سازندگی کشور را بی خودی دلسر کند! فردایش در آزمایشگاه بیمارستان امیر اعلم، گویا بدجوری به یکی از دانشجویان کاردانی زل زده بودم، زیرا با لبخند از من پرسید، چیزی شده است؟ گفتم نه، شما شبیه ... و داستان روز پیشین را برایش بازگو کردم، او که انسان خوش سرشتی بود، چندان با آن دار و دسته آشنا نبود. ولی سخن به درازا کشید و او از نابسامانی در زمینه ی آزمایشگاهی، نبود متخصص در شهرستان ها، به ویژه بیمارستان ها گالیه داشت. او از اینکه راه برای پیشرفت آموزش برای کاردان ها بسته است و نمی تواند آزمایشگاه داری کنند، سخن راند به گمان او باید در زیر ساخت و شیوه ی گزینش های مدیران آزمایشگاه بازبینی شود. سخن از گرفتاری بیماران برای پرداخت هزینه ی آزمایشگاه کرد و اینکه دکترها بجای رسیدن به بیمار، به سفر اروپا و آمریکا می روند. او همراه با چند نفر کاردان دیگر آزمایشگاه نیمه رایگان و لیعصر رانزدیک بیمارستان روزبه برپا کرده بودند. گفتم: این پدیده یعنی بسته بودن راه شما برای پیشرفت در آموزش، هیچ پیوندی با هزینه ی آزمایش برای بیمار ندارد. بی گمان شما هم زمانی که پروانه گرفتید، خود بخود همانند متخصصان از بیمار هزینه می گیرید، و به گفته ی آن جوانک، استشارگر می شوید. اگر چند سال کار کنید و پس اندازی داشته باشید، دلتان هوای جهانگردی می کند و هم

تارنمای ما آویزان شد

سایه ی شوم تحریم هم بر روی تارنمای تشخیص سایه افکند. تارنمای تشخیص، نخستین سایت پزشکی ایران است. در آن سایت نوشته ها و مصاحبه های استادان و همکاران را که برخی دیگر در میان مانستند و خوشبختانه از دوزخ ناروایی ها و گرانی های خانمان برانداز موجود بی خبرند، گذاشته بودیم. کوشش ما این است که بتوانیم دوباره داده ها را بازیابی کنیم و از شرکت میزبان در کانادا خواسته ایم کمی با ما همراهی کند تا بتوانیم این داده ها را کپی کنیم تا از نو تارنما را بسازیم. اگر شما بخواهید به تشخیص دات کام بروید، خواهید دید:

This account has been suspended

این کار دست کم دو هفته به زمان نیاز دارد. به آگهی همکاران می رسد، اگر سایت دات کام دارند، برای اینکه به این گرفتاری دچار نشوند نباید با (.ir) پیوند (redirect) کنند. به هر روی امیداوریم خوانندگان ارجمند پوزش ما بپذیرند. به امید اینکه سال رونده، سخنی از تحریم نباشد.

روزی روزگاری آزمایشگاه

زمستان ۵۹ بود. پسر ۴ ماهه ام در بغل از پله های ساختمان آلومنیوم خیابان جمهوری بالا رفتم. آهنگ رفتن به دفتر نشریه ی جامعه آزمایشگاهیان، که به گمانم در طبقه ی چهارم بود، کرده بودم. با جامعه ی آزمایشگاهیان از روی نشریه اش آشنا شده بودم. مدیرمسئولش، دکترای انگل شناسی داشت. رویکرد نشریه پشتیبانی از کاردان ها و کارشناسان آزمایشگاهی بود. روی هم رفته سخن های تازه ای می گفت و من از آن خوشم آمده بودم. بدین روی گفتم بروم و با آنان گفتگویی داشته باشم که شاید بتوانم کمکی کرده باشم. دفترشان یک اتاق ده دوازده متری بود. به درون آن پا گذاشتم. پشت یک میز اداری جوانی سیلو با ته ریشی تنک نشسته بود. نفس نفس زنان سلامی کردم، گفتم که رزیدنت سال دوم آزمایشگاه بالینی هستم و خواستم با جامعه ی آزمایشگاهیان بیشتر آشنا شوم. چشم به راه بودم که بگوئید

اکنون، روزی هزاران نفر که سواد ندارند، با ارز ویژه‌ی دولتی به سفر می‌روند (آن روزها برای سفر به همه ارز دولتی می‌دادند). شما خودتان چون تکنیسین و مزد بگیر هستید، شاید به فکر هم طبقه‌های خودتان باشید، ولی اگر ده دوازده سال دکترا و تخصص خواندید، سپس دار و ندارت (همراه با وام و بدهکاری) زیاد برای راه اندازی یک آزمایشگاه هزینه کردید، بی‌گمان حتماً یک روز نمی‌توانید به رایگان کار کنید. آزمایشگاه و لی‌عصر شما، جایش رایگان است و خودتان هم که مجرد هستید به رایگان کار می‌کنید و ناگزیر به پرداخت پول به کسی نیستید. این کار هم برای درازمدت انجام شدنی نیست، زیرا آزمایشگاه داری همانند بنگاه‌های اقتصادی دیگر وابسته به سیستم اقتصاد سراسری است و ما هم به ناچار پیرو آن سیستم هستیم. سال ۶۰ (سال سوم دستیاری) که در بیمارستان امام خمینی (هزار تختخوابی) بودم، به دانشجویان کاردانی میکرب شناسی درس می‌دادم. روزی پس از کلاس، یکی از دانشجویان، جلوی رفتنم به بیرون را گرفت و با نگاه به یک برگه پرسید، آقای دکتر، شما دکتر... می‌شناسید؟ چطور آدمی است؟ در خواست کار در دانشگاه تربیت مدرس داده‌است. با شنیدن نام او حاج واج ماندم. زیرا اگر چه او همشهری بود، ولی میانه‌ی خوبی با انقلاب نداشت، چون نمی‌خواستم ناروا بگویم، خاموش ماندم. از روی چهره‌ام دریافت که نمی‌تواند پاسخ درستی بگیرد، برگه را در جیب گذاشت و گفت، از او بگذریم. یک درخواست بده تا شما را در همین جا برای هیات علمی استخدام کنیم. بیشتر شگفت زده شدم! من چرا؟ گفت شما خیلی دلسوزی. دو سال دیگر شما تخصص می‌گیرید، بجای دکتر نفیسی رییس دپارتمان می‌شوید. نفسم بند آمد. گویا کسی به پدرم ناسزا گفته بود. ولی نفیسی کجا؟ من کجا؟ گفت: نه او بیشتر به فکر خانواده‌اش در فرانسه است. شما می‌توانید خوب کار کنید. از مهربانی او به من سپاسگزاری کردم، گفتم ولی من باید بروم طرف‌های خودمان نزدیک پدر و مادرم باشم. او گفت، به هر حال اگر پشیمان شدی به من بگو. به یکی از دانشجویان که با من دوست بود، داستان را گفتم و پرسیدم مگر او یک دانشجویان کاردانی بیشتر است؟ او گفت: هر چه بگوید راست می‌گوید، زیرا او در هسته‌ی مرکزی (یا همسان با چنین درونمایه‌ای) انقلاب فرهنگی است. دیرتر شنیدم یکی از همکاران میکرب شناس که سهمیه‌ی همدان بود، پس از بازنشستگی دکتر نفیسی، جایگزین او شد. من پس از طرح به

کرمانشاه رفتم. ولی آزمایشگاهم در بمباران آسیب دید. کرمانشاه را رها کردم و به رشت رفتم. در آنجا درخواست کار در دانشگاه کردم و گفتم که از سه نفر نخست‌بورد و نفر نخست آزمون عملی بوده‌ام. فرمنش (رییس) دانشکده پزشکی را شناختم. با هم بورد را در سال ۱۳۶۲ امتحان دادیم. او در آزمون عملی که من نخست شده بودم، پذیرفته نشده بود. پس از چندی چشم به راه بودن، با اینکه به نیر و نیاز داشتند و دانشگاه‌ها که بیش از دو سال برای انقلاب فرهنگی بسته شده بود (از واپسین روزهای فروردین سال ۱۳۵۹)، مرا نپذیرفتند. باری در سال ۱۳۶۳، دانشگاه‌های شهید بهشتی، تهران، تبریز، ایران، مشهد، کرمان، اصفهان، اهواز و شیراز، از میان کارداران آزمایشگاه، نخستین گروه دانشجوی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی گرفتند. تا سال ۱۳۸۰، از این رشته ۱۲۵۰ نفر دانش آموخته شدند. از این شمار نزدیک به ۲۰ نفر برای پی‌گیری آموزش به کشورهای دیگر روانه شدند. ۱۲۳۰ نفر نیز در سطح کشور به عنوان مسوول فنی یا موسس آزمایشگاه در بخش دولتی و خصوصی کار می‌کنند. در سال ۱۳۷۰ در پی اعتراض دستیاران پاتولوژی و گروه پاتولوژی، شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دستور لغو این دوره را داد (برگرفته از blal.phttt-aspix.353-tpos/mco.ablogf.sscience). سی و سه سال از گفتگوی من با آن همکار نازنین می‌گذرد. او هم اکنون با چشم خود، درستی سخنان مرا دریافته است. هنوز هم بخش‌های دور دست بی‌متخصصند، هنوز هم بخش دولتی پاسخگوی بیماران نیست، زیرا این همکاران تازه هم بیشتر در بخش‌های خصوصی برای خود کار می‌کنند. اینان نیز ناگزیرند که از تکنولوژیست‌ها برای کار بهره بگیرند. برخی هم چند تا از آزمایشگاه زده‌اند. تازه در این دو دهه به جز استعمار، واژگان رانت خواری و سراسر خواهی نیز در پیشینه‌ی اندکی از همکاران نیز چشمک می‌زند. خوشبختانه باز هم در میان آنان انسان‌های فرهیخته فراوانند. دیگر آن همکار امیر اعلمی را ندیدم. نمی‌دانم آیا زیر دست همکلاسانش همچنان استعمار می‌شود و یا خود سرمایه‌دار گشته. اما بی‌گمان او و برپا کنندگان آزمایشگاه نیمه رایگان و لی‌عصر دارای سرشت زیبای انسانی بودند. به هر روی، فشرده‌ی انگیزه‌ی برپایی "دکترای حرفه‌ای" چنین بود: ۱- کمبود متخصص آزمایشگاه (که اکنون کم نداریم که هیچ، و بی‌کار هم

داریم، پار سال هم به گفته ی همکاران، سیصد آزمایشگاه بسته یا فروخته شد)، ۲- نرفتن متخصصان به جاهای دور دست (که بیش از ۱۲۰۰ دکتر حرفه‌ای، یعنی دو برابر متخصصان تا آن تاریخ، دانش آموخته شدند ولی بیشترشان در شهرهای بزرگ و یا شهرهای خودشان ماندند)، ۳- شمار پزشکان کم است (اکنون ۳۰۰۰۰ پزشک بی کار و یا کم درآمد داریم)، ۴- متخصصان دست به کار نمی شوند و در آزمایشگاه بیشتر کاردان یا کارشناس کار می کند (کمابیش همه ی دکترای علوم آزمایشگاهی نیز تنها کارشان سرپرستی کردن است). ۴- می گویند، از آغاز تاکنون نزدیک به ۱۰۰۰۰۰ کاردان، فارغ تحصیل داریم. همکاران می دانند که آزمایشگاه های دولتی و خصوصی همواره کمبود کاردان و کارشناس دارد، ناگزیر بجای آنان از رشته های موازی بهره وری می شود. مگر بی کاری هزاران پزشک جوان (چند برابر این کاردانان) خودنشانی به ناروا بودن گفته ی بالا نیست؟ امروزه با خودکار شدن روش ها، نیاز کمتری به تکنولوژیست هست. شاید به ناگزیر کم کم باید مهندس های پزشکی یا تعمیر کارهای کامپیوتر را بجای کاردان به کار گمارند. هر اندازه کفه ی کار دستی در آزمایشگاه سبک تر می شود، کفه ی نگره (تئوری) سنگین تر می شود، که خود بهترین گواه بر این است که مسوول آزمایشگاه باید دارای پایه ی پزشکی و یا دکترای دانشی پیش از تخصص باشد، نه ورزیدگی در پیست گرفتن. به راستی اینک که بخش های آزمایشگاه، آکنده از سامانه های الکترونیکی خودکار است، باید زیر سرپرستی متخصصانی باشد که دارای پایه ی علمی استاندارد باشد، که سال ها در دانشگاه های شناخته شده جهان آموزش داده می شود. در جهان دکترای حرفه ای تنها در بخش های کناری درمان (مانند فیزیوتراپی و کارپوراتیک) جای دارد، و چون آسیب شناسی بالینی، در قله ی تشخیص جای دارد، نیاز به پایه ی نگره بسیار نیرومندی دارد و دیگر ورزیدگی در کارهای دستی نمی تواند، پایه ای برای آن به شمار آید. اینک برای کسانی که با سرگذشت آزمایشگاه در ایران آشنا نیستند، فشرده ای از آن بازگو می کنم. در دهه سی ایران، برای سرپرستی آزمایشگاه های پزشکی، با پیروی از کشورهای پیشرفته دیگر (به ویژه فرانسه)، به جز از پزشک (که در آن زمان بسیار کم بود)، از دندانپزشک، دامپزشک

و دکترای داروساز نیز بهره وری می شد. این روند تا دو سال پیش از انقلاب دنبال می شد. پس از انقلاب نیز یک سال هم انجام شد. پس از انقلاب به ناروا چنین برداشتی استوار شده است که آن روند هم ساخته و نوآوری رژیم گذشته بوده است. ناآگاه از آنکه هم اکنون هم در کشورهای پیشرفته باختری و آمریکایی نیز از این دکترها همچنان در این زمینه بهره مند هستند. یعنی دکترای یاد شده بالا می توانند در یکی از رشته های آزمایشگاهی متخصص شوند. برخی حتا در دوره رشته نیز پس از گذراندن بورده، می توانند پروانه بگیرند. روشن است، کارشناس ها هم می توانند، کارشناسی ارشد و سپس دکترای علمی در یکی از رشته های آزمایشگاهی بگیرند. اما در همه ی کشور پیشرفته ی جهان، کاردانان و تکنولوژیست های آزمایشگاه در آنجا هم تا هنگامی که یک مدرک کارشناسی (University degree) از یک دانشگاه، که جا و راه گرفتنش از مدرک تکنولوژی جدا است، نداشته باشند، بی گمان با بن بست فراگیری آموزش روبرویند. هم اکنون در کشور ما از میان پزشکان، برای تخصص آزمایشگاه بالینی، دستیار می گیرند. کارشناسان هم می توانند، پس از کارشناسی ارشد، دکترای یک رشته بگیرند. در این میان باید افزود که در ایران هم بایستی مانند کشورهای بزرگ دیگر، راه را برای تخصص گرفتن دندانپزشکان، دامپزشکان و دکترای داروسازی در یکی از رشته های از این رشته ها باز کنند. پذیرش این دکترها هم باید همراه با پزشکان با آزمون گزینش دستیار باشد. نکته پایانی و برجسته ی گفتنی این است، گرچه هنوز هم در بیشتر جاهای دور همچنان به دکتر و متخصص آزمایشگاه نیاز هست، ولی روی هم رفته اکنون شمار چندی آزمایشگاه داران کم نیست و گرفتن فراوان دستیار برآستی به دور از برنامه ریزی درست است. برای پر کردن جاهای نیازمند، باید از دادن پروانه های تاسیس در شهرها جلوگیری و یا کاست. یکی از کاراترین روش ها در این باره، گذاشتن کمیته ی فاصله برای آزمایشگاه ها است. هم اکنون برپا کردن آزمایشگاه پیرو هیچ چهارچوبی نیست، و بسا پروانه برای دو تا آزمایشگاه در کنار هم داده اند. باید امسال همه ی همکاران دست به دست هم بدهند و برای تاسیس آزمایشگاه در خواست کمیته ی بازه (حد اقل فاصله) بکنند.

کالپروتکتین، Calprotectin، نشانگر تازه ای در تشخیص

بیماری های گوارشی

کالپروتکتین، پروتئین است با وزن ۳۶ کیلو دالتون که به کلسیوم و روی پیوند است، و با ژن S100calcium-binding protein A8 (S100A8) جلوه گرمی شود. دارای نقشی مرکزی در پدافند نتروفیل و نمایانگر روامندی برای التهاب های بسیاری از بیماریزها است. اندازه ی کالپروتکتین پلازما در بیماری های روماتیسمی بالا می رود. کالپروتکتین مدفوع از سوی FDA به نام مارکر چندی (کمی) التهاب گوارش، به ویژه IBD پذیرفته شده است. در پژوهش های تازه نیز پیشنهاد شده است که کالپروتکتین مدفوع، می تواند مارکری برای سرند کردن کانسر کوله رکتال باشد.

تشخیص بیماری های التهابی روده برای نداشتن نشانگان ویژه، از هم دشوار است. تشخیص درست نیاز به اندوسکپی دارد، که روشی است تازشی، گران و شاید همراه با گرفتاری هایی نیز باشد. در سال ۲۰۰۶ نخستین روش چندی الیزا برای اندازه گیری کالپروتکتین مدفوع انجام شد. برای شناخت التهاب بیماری های روده (IBD) inflammatory مانند بیماری کرون و کولیت اولسراتیو، از irritable bowel syndrome (IBS)، هنگامی همراه با دیگر آزمون های دیگر و بازبینی های بالینی بکار رود، کمک سودمندی است. به هر روی این آزمایش نخستین جایگزین درستی است که IBD را از IBS را تشخیص می دهد. در این باره مارکرهای التهابی سرولوژی دیگر مانند PCR و ANCA برای نداشتن ویژگی و حساسیت بایسته، کاربرد ی شایسته ندارند. از سویی دیگر مارکرهای مدفوع مانند کالپروتکتین در فرایندهای extra-digestive افزایش نمی یابد و ویژگی بالایی برای نارسایی های گوارشی دارد. افزون بر این برتری دیگر آن پایداری آنها است. زیر نشان داده شده است که دردمای اتاق، به مدت یک هفته پایدار می ماند. این یعنی بودن زمان دلخواه برای گردآوری نمونه و فرستادن آن به آزمایشگاه های دور دست. نبود یک آزمون "استاندارد زرین" برای تشخیص، پیش بینی، ارزیابی پویایی /سختی و یا پیامد درمان، تشخیص و درمان بیماری های روده را همچنان با چالش روبرو کرده است. امروزه فرایند تشخیص به راستی دشوار است. پزشک با بررسی نشانگان، بازبینی های بالینی، یک سری آزمایش، پرتو نگاری و

اندوسکپی (با بافت شناسی) باید به تشخیص برسد. بدین روی انجام آزمایش غربالگری Calprotectin، جایگزین بهتری است برای تشخیص و مدیریت درمان می نماید.

خوراندن مدفوع به بیمار برای درمان کلوستریدیوم دیفیسیل

Recurrent Clostridium difficile

Duodenal Infusion of Donor Feces fort

pMax Nieuwdor, .D.M, eAnne Vriez, .D.M, dEls van Noo, lZoetenda, GErwin, .D.hP, sSusana Fuente, .D.hP, .D.M, rVisse, ECaroline, .D.hP, sde Vo, MWillem, .D.hP, .M.W.FJoep, .D.hP, .D.M, rKuijpe, JEd, .D.hP, Speelma, .D.hP, nTijssse, P.GJan, .D.M, nBartelsma Josbert, .D.hP, fDijkgraaf, W.GMarcel, .D.hP, .D.M, nPeter D., .hP, .D.M, rKelle, Jand

2013, 31 January 415-368:407; 2013 N Engl J Med
:ID0/5/36/mnej/cto/gor.mnej.www//:phtt
1205037aNEJMo/10.1056

پیش زمینه

درمان بازگشت آلودگی Clostridium difficile دشوار است. درصد شکست درمان با آنتی بیوتیک بالا است. پژوهشگران یاد شده ی بالا، کارایی دادن سرگین "مدفوع" به بیمارانی که به آنتی بیوتیک پایداری نشان می دهند، برای خود من که این گزارش رابه فارسی برمی گردانم، شگفت انگیز بود، که "مدفوع درمانی" به نام یک روش کارا در ژورنال نیوانگلند چاپ شود. به گفته ی یک همکار نازنین، گویا ناسزای "...بخور" دیگر نباید ناسزاهای رکیک شمرده شود.

روش ها

به گونه ای شانسی بیماران رابه سه گروه درمانی بخش شدند: گروه نخست بارژیم وانکومایسین (چهار روز، روزانه ۵۰۰ میلی گرم خوراکی در چهار بار)، آغاز کرده، سپس روده راشسته شده و بالوله محلولی از سرگین دهنده وارد گوارش بیمار شد. گروه دوم را بارژیم استاندارد (۱۴ روز، روزانه چهار بار ۵۰۰ میلی گرم وانکومایسین) و گروه سوم با درمان استاندارد وانکومایسین همراه با شستشوی روده بود.

این پژوهش پس از کاوش گذرا، متوقف شد. از ۱۶ بیمار گیرنده ی مدفوع، ۱۳ (۸۱ درصد)، نشانی از اسهال دیده نشد. به سه بیمار مانده، که بار دوم که از دهنده ی دیگر گرفتند، ۲ تن از

این گروه نسبت به دهنده های تندرست ، همراه با افزایش Bacteroidetes species و clusters IV and XIVa و کاهش Proteobacteria species دیده شد.

سرانجام

برای درمان آلودگی کلوستریدیوم دیفیسیل برگشت کننده، دادن سرگین (مدفوع) دهنده کارایی بهتری از درمان وانکومایسین بود.

اسهال رهایی یافتند. ۴ تن از ۱۳ بیمار (۳۱ درصد) در گروهی که تنها وانکومایسین دریافت کرده بودند، و ۳ تن در ۱۳ تن (۲۳ درصد) که همراه با وانکومایسین روده را شستشو داده شده بودند، درمان شدند ($P < 0.001$ در دو گروه با مقایسه با گیرنده ی مدفوع). واکنش چشمگیر ناپسندی در سه گروه، دیده نشد بجز اندک اسهال و دل پیچه در روز نخست در گروه گیرنده ی مدفوع. پس از گرفتن مدفوع، افزایش گونه گونی باکتری در

فرم اشتراک ماهنامه تشخیص آزمایشگاهی ۱۳۹۲

نام و نام خانوادگی: رشته/تخصص:
نام محل کار: مسئولیت:
نشانی:
کدپستی (الزامی): تلفن: فاکس:
موبایل: ایمیل:
* تکمیل همه موارد فوق الزامی است *

اشتراک ۶ ماهه (با پست عادی) ۲۴۰,۰۰۰ ریال

اشتراک یکساله (با پست عادی) ۴۸۰,۰۰۰ ریال

اشتراک ۶ ماهه (با پست سفارشی) ۳۰۰,۰۰۰ ریال

اشتراک یکساله (با پست سفارشی) ۶۰۰,۰۰۰ ریال

* مبلغ اشتراک برای دانشجویان نیم بها خواهد بود (با ارائه کارت دانشجویی).

* مبلغ اشتراک یکساله خارج از کشور با پست سفارشی ۳۶۰ دلار است.

* لطفاً برای شروع یا تمدید اشتراک، رسید فیش واریزی را همراه با فرم تکمیل شده فوق به دفتر ماهنامه فاکس نمایید.

شماره حساب جاری ۱-۱۰۸۷۲۸۸۷-۱۰۰-۲۰۶ بانک پاسارگاد شعبه خیابان زرتشت

نشانی ماهنامه: تهران، میدان فاطمی، خیابان فلسطین شمالی، نبش زرتشت، پلاک ۵۶۲، طبقه سوم، واحد ۷

ایمیل: tashkhis@gmail.com

نمبر: ۲۰۹۸ ۸۸۹۸

تلفن: ۲۱۰۰ ۸۸۹۸