**附件7**

**新生儿听力筛查及高危儿童转诊报表 月**

单位名称：  **填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 活产数 | 高危儿数 | 听力筛查人数 | 通过人数 | 转诊人数 |
| 总人数 | 本院出生 | 非本院出生 | 总人数 | 本院出生 | 非本院出生 | 总数 | 其中高危儿转诊数 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

填报人： 联系电话：

填表说明：

1.本报表为每月月报。

2．该报表要求于每月10号前上报上月工作信息至三亚市妇幼保健院基层科。

3.该报表由开展新生儿听力筛查的医疗卫生单位上报。

4.表中的“活产数”为本院出生“活产数”。

5.表中各项要符合逻辑关系：（3）=（4）+（5），（6）=（7）+（8）。

6.报表要填写报表人姓名和联系电话。

7. “高危儿”是指具有听力损失高危因素的新生儿，按照卫生部新生儿听力筛查技术规范标准，共13条，有一条符合即为高危儿。

8.转诊人数：指各单位转至三亚市妇幼保健院的患儿数，含高危儿和初筛不通过者。

9.上报方式：电子版。

联系电话：88367519

邮箱：272368914@ qq.com。