**附表5**

**海南省高危儿听力筛查转复诊随访预约通知单**

编号:

一般情况：

婴儿姓名： 性别：男□ 女□ 出生日期: 年 月 日

出生时孕周： 出生体重： Kg

婴儿出生医院：

母亲姓名: 年 龄：

父亲姓名： 年 龄：

家庭住址: 联系电话:

可能致病因素：

1、母亲因素: ；

2、新生儿情况：顺产□ 剖宫产□ 产钳助产□ 阿氏评分□

新生儿高危儿因素：高危因素□ □ □ □

3、其他: ；

听力筛查情况：

1、出生48小时后： 右耳：通过 □ 未通过 □

左耳：通过 □ 未通过 □

2、出生后42天复查：右耳：通过 □ 未通过 □

左耳：通过 □ 未通过 □

3、其他相关的听力学检查： 。

筛查医院: 筛查者：

转诊医师签名: 日期： 年 月 日 监护人签字：

海南省妇幼保健院听力筛查中心：海口市龙昆南路15号

联系电话：0898-36689307（儿童保健科）；0898-36689581（耳鼻喉科）

三亚市妇幼保健院儿童保健科：三亚市迎宾路339号新院区四楼，

联系电话：0898-80024000转8242（耳鼻喉科）