**附件7**

**三亚市0-14岁儿童先天性心脏病筛查工作信息月报表**

**20** 年 月

填报单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 筛查机构 | 筛查人数（人） | 筛查阳性人数（人） | 诊断机构 | B超检查人数（人） | 确诊人数（人） |
| 新生儿 | 1月-14岁儿童 | 新生儿 | 1月-14岁儿童 | 新生儿 | 1月-14岁儿童 | 新生儿 | 1月-14岁儿童 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

填写说明：本表由各筛查和诊断机构指定专人进行填报，并于每月5日前上报上月工作信息至三亚市妇幼保健院基层科。联系电话：88367519 邮箱：88255852@ 163.com