孕前优生健康检查服务业务手册

越秀区卫生健康局 2021-04-15发布 2021-04-20实施

1. 服务范围
2. 本业务手册适用于孕前优生健康检查服务
3. 符合以下条件的均可享受到免费的孕前优生健康检查服务：

1.符合生育政策且计划怀孕的夫妇，且一方或双方为越秀区户籍。

2.非广州市户籍但双方均持有《广东省居住证》到街道居委领卷后参加。

3.每孩次可享受一次服务

1. 服务依据

《中华人民共和国母婴保健法》、越秀区免费婚前和孕前优生健康检查项目实施意见（越卫【2017】46号）。

1. 实施机构

“一门式”免费婚检服务中心。

1. 服务条件

符合服务服务条件的均可享受服务。

1. 申请材料

社区工作人员现场查验夫妻身份证或户籍材料。

1. 服务周期

从计划怀孕到产后42天，全程服务从孕前优生健康检查开始，怀孕后纳入孕产妇健康管理。

1. 服务终止

夫妻离开本街道辖区迁往它处，即视为服务终止。

1. 收费标准

本公共服务事项不收费。

1. 服务流程
2. 优生健康教育

通过多种方式，向计划怀孕夫妇宣传优生科学知识，增强出生缺陷预防意识，树立“健康饮食、健康行为、健康环境、健康父母、健康婴儿”的预防观念。与计划怀孕夫妇充分沟通，了解需求，建立良好人际关系。积极引导夫妇接受知识、转变态度、改变行为，共同接受孕前优生健康检查，做好孕前准备。

1．优生健康教育主要内容

（1）与怀孕生育有关的心理、生理基本知识；

（2）实行计划妊娠的重要性和基本方法，以及孕前准备的主要内容；

（3）慢性疾病、感染性疾病、先天性疾病、遗传性疾病对孕育的影响；

（4）不良生活习惯、营养不均衡、肥胖、药物及环境有害因素等对孕育的影响；

（5）预防出生缺陷等不良妊娠结局的主要措施；

（6）孕前优生健康检查的主要目的及内容等。

2．优生健康教育主要形式和要求

（1）设置优生健康教育宣传栏。在户外及室内明显处设置优生健康教育宣传栏。

（2）提供优生健康教育资料。在服务机构的咨询台、候诊区、接诊室，放置优生健康教育折页、健康教育处方、健康教育手册等资料。

（3）播放优生健康教育音像制品。在服务机构的咨询台、候诊区、观察室等场所播放优生音像制品。

（4）举办优生知识讲座。

（5）组织优生知识问答。印制优生知识简要问卷，可结合优生知识讲座等活动，组织计划怀孕夫妇阅答，普及科学知识，了解需求和健康教育效果。

（6）开展公众咨询活动。与计划怀孕夫妇面对面沟通交流，介绍优生健康知识，回答夫妇提出的问题，并发放宣传资料。

做好各项优生健康教育活动记录，并存档保存。《优生知识讲座记录表》见附件3。

1. 知情同意

遵循知情自愿原则，详细介绍计划怀孕夫妇可以接受病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导等孕前服务内容，让计划怀孕夫妇充分了解孕前优生健康检查的意义。在充分知情基础上，征得夫妇双方同意，签订知情同意书（见附件4）。

1. 病史询问

1．询问基本信息，包括夫妇双方姓名、性别、出生日期、民族、文化程度、职业、居住地等。

2．询问病史，了解计划怀孕夫妇和双方家庭成员的健康状况，识别影响生育的风险因素。重点询问与优生有关的孕育史、疾病史、家族史、用药情况、生活习惯、饮食营养、职业状况及工作环境、社会心理和人际关系等。

在病史询问以及后续体格检查、临床实验室检查、影像学检查等服务过程中，逐项填写《孕前优生健康检查技术服务记录册》（见附件5）。要保护服务对象隐私，对受检者个人信息严格保密。

1. 体格检查

按常规操作完成男女双方体格检查。包括常规体检，如身高、体重、血压、心率等测量，甲状腺触诊、心肺听诊、肝脏脾脏触诊、四肢脊柱检查等操作；进行男、女生殖系统专科检查。

1. 临床实验室检查

实验室检查：共11项。包括血常规、尿常规、阴道分泌物检查（含白带常规、淋球菌和沙眼衣原体检测），血型（含ABO、Rh）、血糖、肝功能（谷丙转氨酶）、乙型肝炎血清学五项检测，肾功能（肌酐）、甲状腺功能（促甲状腺激素）、HIV筛查、梅毒筛查等检查。

病毒筛查等：共4项。包括风疹病毒、巨细胞病毒、弓形体、梅毒螺旋体等感染检查。

1. 影像学检查

影像学检查1项。妇科超声常规检查主要观测子宫和附件形态、大小、内部回声、位置及毗邻关系、活动程度等。

其他检查如胸部X线、精液检查，地中海贫血等遗传性疾病筛查、染色体核型等特殊检查，各地根据需要自行确定。

1. 风险评估

对所获得的计划怀孕夫妇双方的病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查结果进行综合分析，识别和评估夫妇存在的可能导致出生缺陷等不良妊娠结局的遗传、环境、心理和行为等方面的风险因素，形成评估建议。

依据评估结果，将受检夫妇区分为一般人群和高风险人群。

一般人群:指经评估未发现可能导致出生缺陷等不良妊娠结局风险因素的计划怀孕夫妇。

高风险人群:指经评估发现一个或多个方面有异常的计划怀孕夫妇。

根据每一位受检者检查结果，填写《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》（见附件6），注明评估建议。对于未发现风险因素的计划怀孕夫妇，建议定期接受健康教育与指导；对于仅一方接受检查评估、未发现风险因素的计划怀孕夫妇，建议另一方尽快前来接受孕前优生健康检查；对于发现风险因素的计划怀孕夫妇，建议接受进一步咨询、查治和转诊，必要时建议暂缓怀孕。

1. 咨询指导

将检查结果及评估建议告知受检夫妇，送交《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》。遵循普遍性指导和个性化指导相结合的原则，为夫妇提供针对性的孕前优生咨询和健康指导。

1．普遍性指导

对风险评估未发现异常的计划怀孕夫妇，即一般人群，告知可以准备怀孕，并给予普遍性健康指导。指导内容主要包括：

（1）制定妊娠计划。建议有准备、有计划的妊娠，避免大龄生育，介绍计划受孕方法和避孕措施；

（2）合理营养。平衡膳食，适当增加肉、蛋、奶、蔬菜、水果摄入，保证营养均衡，根据情况科学地补充营养素及微量元素；

（3）积极预防慢性疾病和感染性疾病；

（4）谨慎用药，计划受孕期间尽量避免使用药物；

（5）避免接触生活及职业环境中的有毒有害物质（如放射线、高温、铅、汞、苯、甲醛、农药等），避免密切接触家畜，不养宠物；

（6）保持健康的生活方式和行为；

（7）保持心理健康；

（8）告知早孕征象和孕早期保健要点；

（9）告知妇女妊娠14周内，主动与社区卫生服务中心联系，并接受随访和指导；

（10）告知若接受孕前优生健康检查6个月或更长时间后仍未怀孕，夫妇双方应共同接受进一步咨询、检查和治疗；

（11）告知妇女分娩后6周内或其他妊娠结局结束后2周内，主动与社区卫生服务中心联系，并接受随访和指导。

2．个性化咨询指导

对风险评估为高风险的计划怀孕夫妇，进行面对面咨询，给予个性化指导。在普遍性指导的基础上，告知存在的风险因素及可能给后代带来的危害，提出进一步诊断、治疗或转诊的建议和干预措施，必要时建议暂缓怀孕。指导内容主要包括：

（1）及时治疗和控制慢性疾病、感染性疾病；

（2）合理调整药物，病情需要时避免使用可能影响胎儿正常发育的药物；

（3）改变不良生活习惯，戒除毒、麻药品，改变吸烟、饮酒行为，调整饮食结构，适当运动；

（4）脱离接触物理、化学等有毒有害物质（如放射线、高温、铅、汞、苯、农药等）的工作及生活环境，远离家畜、宠物；

（5）接受心理咨询和辅导，缓解精神压力，消除不良情绪；

（6）对于特定病毒易感人群，指导接种风疹、乙肝等疫苗；

（7）对于有高遗传风险的夫妇，指导接受遗传咨询、产前筛查和诊断；

（8）必要时接受进一步检查、治疗和转诊。

若计划怀孕夫妇不愿接受上述建议和干预措施，应在《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》中注明“未接受医学建议，尊重受检者意愿。”

在基本信息和病史收集阶段，及获知体格检查、临床实验室检查、妇科超声检查等结果时，应及时针对已发现的风险因素，对计划怀孕夫妇进行指导和干预，不必等待所有检查项目完成。

1. 早孕及妊娠结局追踪随访

1．早孕追踪随访

对所有接受孕前优生健康检查的妇女，应及时准确了解怀孕信息，在怀孕14周内进行早孕随访，并作相应记录。随访内容包括：

（1）通过询问末次月经日期、尿妊娠试验、B超检查确定宫内妊娠；

（2）了解夫妇孕前优生健康检查各项干预措施依从情况；

（3）告知孕期注意事项和产前检查的时间，给予必要的健康指导和咨询，建议定期接受孕期保健。

逐项填写《早孕随访记录表》（见附件7）。怀孕14周内未及时随访的妇女，应在孕中期及早随访。

2．妊娠结局追踪随访

了解孕妇妊娠结局，收集出生缺陷等不良妊娠结局相关信息，为评估服务效果、提高服务质量提供基础资料。

所有接受孕前优生健康检查并妊娠的妇女，分娩后6周内或其他妊娠结局结束后2周内，由专人负责随访，记录妊娠结局。妊娠结局包括正常活产、流产、早产、引产、死胎死产、低出生体重、出生缺陷等。可依据《出生医学证明》、《医学诊断证明书》等医疗文书填写《妊娠结局记录表》（见附件8）。如有出生缺陷，填写或从医疗机构转录《出生缺陷儿登记表》（见附件9）。指导夫妇落实避孕措施，告知产后保健和新生儿保健注意事项。

高度重视高风险人群早孕随访和指导，指导高风险人群接受产前筛查及产前诊断，并及时了解情况，重点做好妊娠结局随访。

1. 新生儿及婴幼儿时期随访管理
2. 新生儿满月健康管理

新生儿出生后28～30天，结合接种乙肝疫苗第二针，在乡镇卫生院、社区卫生服务中心进行随访。重点询问和观察新生儿的喂养、睡眠、大小便、黄疸等情况，对其进行体重、身长、头围测量、体格检查，对家长进行喂养、发育、防病指导。

1. 婴幼儿健康管理

满月后的随访服务均应在乡镇卫生院、社区卫生服务中心进行，偏远地区可在村卫生室、社区卫生服务站进行，时间分别在3、6、8、12、18、24、30、36月龄时，共8次。有条件的地区，建议结合儿童预防接种时间增加随访次数。服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的婴幼儿喂养、患病等情况，进行体格检查，做生长发育和心理行为发育评估，进行科学喂养（合理膳食）、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等健康指导。在婴幼儿6～8、18、30月龄时分别进行1次血常规（或血红蛋白）检测。在6、12、24、36月龄时使用行为测听法分别进行1次听力筛查。在每次进行预防接种前均要检查有无禁忌症，若无，体检结束后接受预防接种。

1. 学龄前儿童健康管理

为4～6岁儿童每年提供一次健康管理服务。散居儿童的健康管理服务应在乡镇卫生院、社区卫生服务中心进行，集居儿童可在托幼机构进行。每次服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的膳食、患病等情况，进行体格检查和心理行为发育评估，血常规（或血红蛋白）检测和视力筛查，进行合理膳食、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等健康指导。在每次进行预防接种前均要检查有无禁忌症，若无，体检结束后接受疫苗接种。

1. 健康问题处理

对健康管理中发现的有营养不良、贫血、单纯性肥胖等情况的儿童应当分析其原因，给出指导或转诊的建议。对心理行为发育偏异、口腔发育异常（唇腭裂、诞生牙）、龋齿、视力低常或听力异常儿童等情况应及时转诊并追踪随访转诊后结果。

1. 服务流程图

见附件2。

1. 服务要求

（一）开展儿童健康管理的乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心（站）应当具备所需的基本设备和条件。

（二）按照国家儿童保健有关规范的要求进行儿童健康管理，从事儿童健康管理工作的人员应取得相应的执业资格，并接受过儿童保健专业技术培训。

（三）社区卫生服务中心（站）应通过妇幼卫生网络、预防接种系统以及日常医疗卫生服务等多种途径掌握辖区中的适龄儿童数，并加强与托幼机构的联系，取得配合，做好儿童的健康管理。

（四）加强宣传，向儿童监护人告知服务内容，使更多的儿童家长愿意接受服务。

（五）儿童健康管理服务在时间上应与预防接种时间相结合。鼓励在儿童每次接受免疫规划范围内的预防接种时，对其进行体重、身长（高）测量，并提供健康指导服务。

（六）每次服务后及时记录相关信息，纳入儿童健康档案。

（七）积极应用中医药方法，为儿童提供生长发育与疾病预防等健康指导。

1. 工作指标
2. 新生儿访视率

新生儿访视率＝年度辖区内按照规范要求接受1次及以上访视的新生儿人数/年度辖区内活产数×100％。

1. 儿童健康管理率

儿童健康管理率。＝年度辖区内接受1次及以上随访的0～6岁儿童数/年度辖区内0～6岁儿童数×100％。

1. 监督检查
2. 书面检查

本基本公共服务事项书面监督检查的具体内容包括：

1. 档案记录材料。检查各类表格表单记录是否齐全；
2. 工作指标检查。书面汇报有关工作指标的完成情况。
3. 实地检查

本基本公共服务事项实地检查的具体内容包括：

1. 服务内容。检查操作人员是否按照标准要求开展服务；
2. 档案记录。检查本事项相关的各类档案记录材料是否规范填写。
3. 表单及文书

本事项所涉及的各类表单及文书如下：

1．孕前优生健康检查基本服务内容，见附件1；

2. 服务内容示意图，见附件2；

3．优生知识讲座记录表，见附件3；

4．知情同意书，见附件4；

5．技术服务记录册，见附件5；

6. 检查结果及评估建议告知书，见附件6；

7．早孕随访记录表，见附件7；

8．妊娠结局记录表，见附件8；

9．出生缺陷儿登记表，见附件9；

10．科室及设备一览表，见附件10；

11．定点服务流程图，见附件11；

12．技术服务文书使用说明，见附件12。

附件1

**孕前优生健康检查基本服务内容**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项　目 | | | 女性 | 男性 | 目 的 | 意 义 |
| 1\* | 优生健康教育 | | | √ | √ | 建立健康生活方式，提高风险防范意识和参与自觉性 | 规避风险因素 |
| 2\* | 病史询问 (了解孕育史、疾病史、家族史、用药情况、生活习惯、饮食营养、环境危险因素等) | | | √ | √ | 评估是否存在相关风险 | 降低不良生育结局风险 |
| 3\* | 体格检查 | | 常规检查（包括身高、体重、血压、心率、甲状腺触诊、心肺听诊、肝脏脾脏触诊、四肢脊柱检查等） | √ | √ | 评估健康状况，发现影响优生的相关因素 | 减少影响受孕及导致不良妊娠结局的发生风险 |
| 女性生殖系统检查 | √ |  | 检查双方有无生殖系统疾病 |
| 男性生殖系统检查 |  | √ |
| 4 | 实  验  室  检  查  9  项 | 阴道分泌物 | 白带常规检查 | √ |  | 筛查有无阴道炎症 | 减少宫内感染 |
| 淋球菌检测 | √ |  | 筛查有无感染 | 减少流产、早产、死胎、胎儿宫内发育迟缓等 |
| 沙眼衣原体检测 | √ |  |
| 5 | 精液常规检查 | |  | √ | 初步评估男性生育能力 | 了解精子质量 |
| 6 | 血液常规检验（血红蛋白、红细胞、白细胞及分类、血小板） | | √ |  | 筛查贫血、血小板减少等 | 减少因重症贫血造成的胎儿宫内发育迟缓；减少因血小板减少造成的新生儿出血性疾病 |
| 7 | 尿液常规检验 | | √ | √ | 筛查泌尿系统及代谢性疾患 | 减少生殖道感染、宫内感染、胎儿死亡和胎儿宫内发育迟缓 |
| 8 | 血型（包括ABO血型和Rh阳/阴性） | | √ | √ | 预防血型不合溶血 | 减少胎儿溶血导致的流产、死胎死产、新生儿黄疸等 |
| 9 | 血清葡萄糖测定 | | √ |  | 糖尿病筛查 | 减少流产、早产、胎儿畸形等风险 |
| 10 | 肝功能检测（谷丙转氨酶） | | √ | √ | 评估是否感染及肝脏损伤情况 | 指导生育时机选择；减少母婴传播 |
| 11 | 乙型肝炎血清学五项检测 | | √ | √ |
| 12 | 肾功能检测（肌酐） | | √ | √ | 评价肾脏功能 | 指导生育时机选择；减少胎儿宫内发育迟缓 |
| 13 | 甲状腺功能检测（促甲状腺激素） | | √ |  | 评价甲状腺功能 | 指导生育时机选择；减少流产、早产、胎儿宫内发育迟缓、死胎死产、子代内分泌及神经系统发育不全、智力低下等 |
| 14 | 病毒筛  查  5项 | HIV抗体测定 | | √ | √ | 筛查有无HIV感染 | 减少流产、死胎死产、母婴传播 |
| 15 | 梅毒螺旋体筛查 | | √ | √ | 筛查有无梅毒感染 | 减少流产、死胎死产、母婴传播 |
| 16 | 风疹病毒IgG抗体测定 | | √ |  | 发现风疹病毒易感个体 | 减少子代先天性风疹综合征：先天性心脏病、耳聋、白内障、先天性脑积水等 |
| 17 | 巨细胞病毒IgM抗体和IgG抗体测定 | | √ |  | 筛查巨细胞病毒感染状况 | 减少新生儿耳聋、智力低下、视力损害、小头畸形等 |
| 18 | 弓形体IgM和IgG抗体测定 | | √ |  | 筛查弓形体感染状况 | 减少流产、死胎、胎儿宫内发育迟缓等 |
| 19 | 影像2项 | 胸部DR检查 | | √ | √ | 筛查胸部疾病 | 指导生育时机选择；减少胎儿宫内发育迟缓 |
| 20 | 妇科超声常规检查 | | √ |  | 筛查子宫、卵巢异常 | 减少不孕、流产及早产等不良妊娠结局 |
| 21\* | 风险评估和咨询指导 | | | √ | √ | 评估风险因素，健康促进，指导落实预防措施，降低风险 | 减少出生缺陷发生，提高出生人口素质 |
| 22\* | 早孕和妊娠结局追踪随访 | | | √ |  | 了解早孕及妊娠结局相关信息，做好相关指导和服务 | 降低出生缺陷发生风险 |

附件2 **孕前优生健康检查服务内容示意图**

**追踪随访**

**咨询指导**

**健康教育**

**健康检查**

**普遍性指导**

1.制定妊娠计划

2.合理营养，保持正常体重

3.积极预防慢性疾病和感染性疾病

4.谨慎用药

5.避免接触生活及职业环境中的有毒有害物质、家畜宠物等

6.保持健康的生活方式和行为

7.保持心理健康

8.告知早孕征象和孕早期保健要点

9.告知随访事项

**向计划怀孕的夫妇传播优生科学知识，与他们沟通，了解需求，建立良好的关系。**

1.生育有关的心理、生理基本知识

2.计划妊娠的重要性和基本方法，孕前准备的主要内容

3.疾病、药物、遗传、生活习惯、肥胖、营养不均衡和环境有害因素等对孕育的影响

4.预防出生缺陷等不良妊娠结局的主要措施

5.孕前优生健康检查的主要目的、内容等

**体格检查**

1.常规体检（包括身高、体重、血压、心率、甲状腺触诊、心肺听诊、肝脏脾脏触诊、四肢脊柱检查等）

2.生殖系统检查

**早孕随访和指导**

1.记录

●末次月经日期

●尿妊娠试验结果

●B超检查结果

2.优生相关指导

3.建议定期接受孕期保健等

**病史询问**

1.孕育史、疾病史、家族史、用药情况

2.生活习惯、饮食营养

3.职业状况、工作及生活环境

4.社会心理、人际关系及其他

**风**

**险**

**评**

**估**

**实验室检查（10项）**

血常规、尿常规、阴道分泌物检查，精液检查、血型、血糖、肝功能、乙型肝炎血清学五项检测，肾功能、甲状腺功能检查

**妊娠结局随访**

1.记录妊娠结局

2.指导落实避孕措施

**病毒筛查（5项）**

风疹病毒、巨细胞病毒、弓形体、梅毒螺旋体筛查、HIV筛查

**个性化指导**

1.针对识别出的风险因素给予具体指导，提出建议或对疾病的处理意见

2.预防可能的出生缺陷和其他不良妊娠结局

3.其 他

**影像学检查（2项）**

胸部DR检查、妇科B超检查

**其他检查**

附件3

**优生知识讲座记录表**

（第 期）

填表机构：

|  |
| --- |
| 时间： 年 月 日 |
| 地点： |
| 主讲人： |
| 主题及内容： |
| 参加人数： |
|  |
| 保存档案种类（打“√”，存档材料请附后）：  ⬜计划怀孕夫妇签到表 ⬜讲义 ⬜优生知识答卷  ⬜优生科普专题片 ⬜优生知识读本 ⬜活动现场照片  ⬜其他 |

填表人（签字）： 填表时间： 　　年 　 月 　日

附件4

**免费孕前优生健康检查知情同意书**

为了您将来的宝宝更加健康、您的家庭更加幸福，政府为符合生育政策、计划怀孕的农村夫妇免费提供一次孕前优生健康检查。

孕前优生健康检查建议在计划受孕前4-6个月内进行，内容包括优生健康教育、病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导等服务，主要目的是查找可能导致出生缺陷等不良妊娠结局的风险因素，有助于夫妇了解双方的健康状况，得到较为全面的健康指导，使计划怀孕夫妇在良好的心理、生理状态下受孕，积极预防出生缺陷的发生，帮助夫妇实现生育一个健康宝宝的美好愿望。

孕前优生健康检查针对众多孕前风险因素中较重要或较常见的因素进行检查，各项检查结果反映的是夫妇双方现阶段身体状况。由于怀孕、胎儿生长发育是一个复杂的生理过程，还会存在其他不确定因素，因此尽管此次检查结果正常，或者发现风险因素采取相关预防措施后，仍有生育出生缺陷儿及发生其他不良妊娠结局（自然流产、死胎、死产等）的可能，怀孕后仍需定期接受孕期检查和保健。  
 如果您愿意参加本次检查，请在知情同意书上签名。您的个人信息将会得到严格保密。

对上述情况，本人完全理解。经认真考虑，本人同意接受免费孕前优生健康检查，并愿意和能够按要求接受随访服务。

夫妇签名：丈夫 日期 年 月 日

妻子 日期 年 月 日

服务人员签名： 日期 年 月 日

附件5编号：⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

**孕前优生健康检查技术服务记录册**

服务机构： 省 县（市、区）

服务机构： 省 县（市、区） 乡（镇）

**表1 基础信息**

丈夫姓名 民族 出生年月 年龄 文化程度

身份证号码 ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

职业 ⬜ 1农民 2工人 3服务业 4经商 5家务 6教师/公务员/职员 7其他

户口所在地属 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇） 村（居）

户口性质 ⬜ 1农业户口（含界定为农村居民者） 2非农业户口

妻子姓名 民族 出生年月 年龄 文化程度

身份证号码 ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

职业 ⬜ 1农民 2工人 3服务业 4经商 5家务 6教师/公务员/职员 7其他

户口所在地属 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇） 村（居）

户口性质 ⬜ 1农业户口（含界定为农村居民者） 2非农业户口

妻子现住址 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇） 村（居）

邮编 结婚时间 联系电话

填写日期： 年 月 日 医师签名：

**表2 孕前检查表（妻子）**

**一般情况**

**疾病史**

是否患有或曾经患过以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □贫血 | □高血压 | □心脏病 | □糖尿病 |
| □癫痫 | □甲状腺疾病 | □慢性肾炎 | □肿瘤 | □结核 |
| □乙型肝炎 | □淋病/梅毒/衣原体感染等 | | □精神心理疾患等 | |

是否患有出生缺陷,如先天畸形、遗传病等：

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □有,注明具体病名 |

是否有以下妇科疾病（可多选）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □否 | □子宫附件炎症 | □不孕不育症 | □其他 |

**用药史**

目前是否服药

|  |  |
| --- | --- |
| □否 | □是，药物名称 |

是否注射过疫苗（可多选）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □否 | □风疹疫苗 | □乙肝疫苗 | □其他 |

现用避孕措施或目前终止避孕者原避孕措施

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □从未采用 | □宫内节育器 | □皮下埋植剂 | □口服避孕药 | □避孕套 |
| □外用药 | □自然避孕 | □其他 | | |
| 避孕措施持续使用时间： 月 | | 目前终止避孕者原避孕措施停用时间 年 月 | | |

**孕育史**

初潮年龄 岁 末次月经 年 月 日

月经周期是否规律 □否 □是（经期 天 周期 天）

月经量 □多 □中 □少

痛 经 □无 □轻 □重

是否曾经怀孕

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □有：怀孕 次 活产 次 （足月活产 次，早产 次） |

是否有以下不良妊娠结局（可多选）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □无 | □死胎死产 次 | □自然流产 次 | □人工流产 次 |

是否分娩过出生缺陷儿（如畸形儿、遗传病、唐氏综合征）

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，病种 详细情况 |

现有子女数 人 子女身体状况 □健康 □疾病,注明具体病名

**家族史**

夫妻是否近亲结婚

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，请注明何种血缘关系 |

祖父母/外祖父母、父母两代家族内近亲结婚史

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，请注明何种血缘关系 |

家族成员是否有人患以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □无 | □地中海贫血 | □白化病 | □血友病 | □G6PD缺乏症 |
| □先天性心脏病 | □唐氏综合征 | □糖尿病 | □先天性智力低下 |  |
| □听力障碍（10岁以内发生） | | □视力障碍（10岁以内发生） | | |
| □新生儿或婴幼儿死亡 | | □其他出生缺陷 | | |
| 患者与本人关系 | | | | |

**饮食营养、生活习惯、环境毒害物接触**

是否进食肉、蛋类 □否 □是

是否厌食蔬菜 □否 □是

是否有食用生肉嗜好 □否 □是

是否吸烟 □否 □是（每天 支）

是否存在被动吸烟 □否 □偶尔 □经常（平均每天被动吸烟时间： 分钟）

是否饮酒 □否 □偶尔 □经常（每天 ml）

是否使用可卡因等毒麻药品 □否 □是（请注明名称 ）

是否口臭 □否 □是

是否牙龈出血 □否 □是

生活或工作环境中是否接触以下因素（可多选）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □放射线 | □高温 | □噪音 | □有机溶剂（如新装修、油漆） | |
| □密切接触猫狗等家畜、宠物 | | □震动 | □重金属（铅、汞等） | | □农药 |
| □其他 | | | | | |

**社会心理因素**

是否感到生活/工作压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

与亲友、同事的关系是否紧张 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否感到经济压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否做好怀孕准备 □否 □是

其 他（请描述）

询问日期： 年 月 日 医师签名：

**体格检查**

身高 cm 体重 Kg 体重指数 心率 次/分 血压 / mmHg

⬜精神状态 0正常 1异常（请描述 ）

⬜智力 0正常 1异常（打√）(□常识 □判断 □记忆 □计算）

⬜五官 0正常 1异常 ⬜特殊体态0正常 1异常

⬜特殊面容 0正常 1异常 ⬜皮肤毛发 0正常 1异常

⬜甲状腺 0正常 1异常 ⬜肺部 0正常 1异常

⬜心脏节律是否整齐 0 是 1 否 ⬜心脏杂音 0无 1有

□肝、脾 0未触及 1 触及 ⬜四肢脊柱 0正常 1异常

其他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

第二性征 ⬜阴毛 0正常 1异常 ⬜乳房 0正常 1异常

妇科检查 ⬜外阴 0未见异常 1异常 ⬜阴道 0未见异常 1异常

⬜分泌物 0正常 1异常 ⬜宫颈 0光滑 1异常

子宫 □大小 0正常 1大 2小 □活动 0好 1差 □包块 0无 1有

□双侧附件 0未见异常 1异常

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**临床检验**

（检验报告附后）

白带检查 □线索细胞 0阴性 1阳性 9可疑 □念珠菌感染 0阴性 1阳性 9可疑

□滴虫感染 0阴性 1阳性 9可疑 □清洁度 0Ⅰ 1Ⅱ 2Ⅲ 3Ⅳ

□胺臭味实验 0阴性 1阳性 □pH值 0 <4.5 1 ≥4.5

⬜淋球菌筛查 0阴性 1阳性 9可疑

⬜沙眼衣原体筛查 0阴性 1阳性 9可疑

血细胞分析 Hb g/L RBC ×1012/L PLT ×109/L

WBC ×109/L N % E % B % L % M %

⬜尿液常规检查 0未见异常 1异常

血型 □ABO 1 A型 2 B型 3 AB型 4 0型 □Rh 0 阳性 1 阴性

血糖 mmol/L

乙肝血清学检查 0阴性 1阳性 9可疑

⬜HBs-Ag ⬜HBs-Ab ⬜HBe-Ag ⬜HBe-Ab ⬜HBc-Ab

肝肾功能检测 谷丙转氨酶（ALT） U/L 肌酐（Cr） umol/L

甲状腺功能检测 促甲状腺激素（TSH） ulU/ml

⬜风疹病毒 IgG 0阴性 1阳性 9可疑 ⬜梅毒螺旋体筛查 0阴性 1阳性 9可疑

⬜巨细胞病毒IgG 0阴性 1阳性 9可疑 ⬜IgM 0阴性 1阳性 9可疑

⬜弓形体 IgG 0阴性 1阳性 9可疑 ⬜IgM 0阴性 1阳性 9可疑

其 他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**妇科B超检查**

（B超图像附后）

⬜妇科B超检查 0=正常 1=异常 2=不能确定（选“异常”和“不能确定”请描述）

妇科B超检查号

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**其他检查**

(各地自定检查内容)

主要结果：

检查日期： 年 月 日 医师签名：

临床实验室及特殊检查检验报告粘贴处

**表3 孕前检查表（丈夫）**

妇科B超图像粘贴处

**一般情况**

**疾病史**

是否患有或曾经患过以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □贫血 | □高血压 | □心脏病 | □糖尿病 |
| □癫痫 | □甲状腺疾病 | □慢性肾炎 | □肿瘤 | □结核 |
| □乙型肝炎 | □淋病/梅毒/衣原体感染等 | | □精神心理疾患等 | |

是否患有出生缺陷,如先天畸形、遗传病等：

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □有,注明具体病名 |

是否有以下男科疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □睾丸炎、附睾炎 | □精索静脉曲张 | □不育症 | □腮腺炎 |
| □其他 | | | | |

**用药史**

目前是否服药

|  |  |
| --- | --- |
| □否 | □是，药物名称 |

是否注射过疫苗（可多选）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □否 | □乙肝疫苗 | □其他 |

**家族史**

祖父母/外祖父母、父母两代家族内近亲结婚史

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，请注明何种血缘关系 |

家族成员是否有人患以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □无 | □地中海贫血 | □白化病 | □血友病 | □G6PD缺乏症 |
| □先天性心脏病 | □唐氏综合征 | □糖尿病 | □先天性智力低下 |  |
| □听力障碍（10岁以内发生） | | □视力障碍（10岁以内发生） | | |
| □新生儿或婴幼儿死亡 | | □其他出生缺陷 | | |
| 患者与本人关系 | | | | |

**饮食营养、生活习惯、环境毒害物接触**

是否进食肉、蛋类 □否 □是

是否厌食蔬菜 □否 □是

是否有食用生肉嗜好 □否 □是

是否吸烟 □否 □是（每天 支）

是否存在被动吸烟 □否 □偶尔 □经常（平均每天被动吸烟时间： 分钟）

是否饮酒 □否 □偶尔 □经常（每天 ml）

是否使用可卡因等毒麻药品 □否 □是（请注明名称 ）

生活或工作环境中是否接触以下因素（可多选）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □放射线 | □高温 | □噪音 | □有机溶剂（如新装修、油漆） | |
| □密切接触猫狗等家畜、宠物 | | □震动 | □重金属（铅、汞等） | | □农药 |
| □其他 | | | | | |

**社会心理因素**

是否感到生活/工作压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

与亲友、同事的关系是否紧张 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否感到经济压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否做好怀孕准备 □否 □是

其 他（请描述）

询问日期： 年 月 日 医师签名：

**体格检查**

身高 cm 体重 Kg 体重指数 心率 次/分 血压 / mmHg

⬜精神状态 0正常 1异常（请描述 ）

⬜智力 0正常 1异常(□常识 □判断 □记忆 □计算）

⬜五官 0正常 1异常 ⬜特殊体态0正常 1异常

⬜特殊面容 0正常 1异常 ⬜皮肤毛发 0正常 1异常

⬜甲状腺 0正常 1异常 ⬜肺部 0正常 1异常

⬜心脏节律是否整齐 0 是 1 否 ⬜心脏杂音 0无 1有

□肝、脾 0未触及 1 触及 ⬜四肢脊柱 0正常 1异常

其他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

第二性征 ⬜阴毛 0正常 1异常 ⬜喉结 0有 1无

男科检查 ⬜阴茎 0未见异常 1异常 ⬜包皮 0正常 1过长 2 包茎

⬜睾丸 0扪及 体积（ml）左 右 1左侧未扪及 2右侧未扪及

⬜附睾 0正常 1异常

⬜输精管0未见异常 1异常

⬜精索静脉曲张 0无 1有（部位 程度 ）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**临床检验**

（检验报告附后）

血型 ⬜ABO 1 A型 2 B型 3 AB型 4 0型 ⬜Rh 0 阳性 1 阴性

⬜尿液常规检查 0未见异常 1异常

⬜梅毒螺旋体筛查 0阴性 1阳性 9可疑

乙肝血清学检查 0阴性 1阳性 9可疑

⬜HBs-Ag ⬜HBs-Ab ⬜HBe-Ag ⬜HBe-Ab ⬜HBc-Ab

肝肾功能检测 谷丙转氨酶（ALT） U/L 肌酐（Cr） umol/L

其他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**其他检查**

(各地自定检查内容)

主要结果：

检查日期： 年 月 日 医师签名：

临床实验室及特殊检查检验报告粘贴处

附件6编号：⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

**孕前优生健康检查结果及评估建议告知书**

**（第一联:交受检者本人）**

妻子姓名 年龄 联系电话

丈夫姓名 年龄 联系电话

家庭住址 省（区、市） 县(区) 乡(镇) 村(居委会)

⬜1.在已接受的检查项目中，暂未发现夫妇双方存在对怀孕不利的风险因素。建议定期接受健康教育与指导。

具体建议：

⬜2.夫妇仅一方（妻子/丈夫）接受检查评估。在已接受的检查项目中，暂未发现存在对怀孕不利的风险因素。建议另一方（妻子/丈夫）尽快前来接受孕前优生健康检查。

具体建议：

⬜3.在已接受的检查项目中，发现对怀孕不利的风险因素，建议进一步咨询及查治。

具体发现及建议：

医师签名： 日期 年 月 日

受检人签名：妻子 日期 年 月 日

丈夫 日期 年 月 日

编号：⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

**孕前优生健康检查结果及评估建议告知书**

**（第二联:定点服务机构保存）**

妻子姓名 年龄 联系电话

丈夫姓名 年龄 联系电话

家庭住址 省（区、市） 县(区) 乡(镇) 村(居委会)

⬜1.在已接受的检查项目中，暂未发现夫妇双方存在对怀孕不利的风险因素。建议定期接受健康教育与指导。

具体建议：

⬜2.夫妇仅一方（妻子/丈夫）接受检查评估。在已接受的检查项目中，暂未发现存在对怀孕不利的风险因素。建议另一方（妻子/丈夫）尽快前来接受孕前优生健康检查。

具体建议：

⬜3.在已接受的检查项目中，发现对怀孕不利的风险因素，建议进一步咨询及查治。

具体发现及建议：

医师签名： 日期 年 月 日

受检人签名：妻子 日期 年 月 日

丈夫 日期 年 月 日

附件7编号：⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

**早孕随访记录表**

(由定点机构保存)

姓名 年龄 （周岁） 联系电话

家庭住址 省（区、市） 县(市、区) 乡(镇、街) 村(居)

随访机构 省（区、市） 县(市、区)

末次月经时间 年 月 日

⬜末次月经日期是否准确 0 否 1 是

⬜服用叶酸及开始时间 0未服用 1停经前至少3个月 2停经前1-2月 3停经后

⬜服用方法 0未服用 1规律服用 2不规律服用

⬜是否进食肉、蛋类 0否 1是

⬜是否厌食蔬菜 0否 1是

⬜丈夫有吸烟习惯，是否戒烟 0不吸烟 1是 2减少 3 不变 4增加

⬜妇女本人有吸烟习惯，是否戒烟 0不吸烟 1是 2减少 3 不变 4增加

⬜妇女本人有饮酒习惯，是否戒酒 0不饮酒 1是 2减少 3 不变 4增加

⬜停经后是否接触下列有害因素 0 否 1是（可多选，打√）

□猫、狗 □农药 □放射线 □被动吸烟 □其他

⬜停经后是否有下列症状或疾病 0否 1是（可多选，打√）

□阴道流血 □发热38.5℃以上 □腹泻 □腹痛 □流行性感冒

□病毒性肝炎 □其他

⬜停经后是否用过药物 0 否 1是（请注明药物名称）

⬜确诊早孕机构

1 本机构确诊

2 转录其他机构确诊结果（□县级以上医疗保健机构 □县级以上计划生育服务机构 □乡镇卫生院 □乡级计划生育服务机构

□其他机构 ）

3 其他情况

⬜尿妊娠试验结果 0未做 1阳性 2阴性 3可疑

⬜B超检查结果 0未做 1已妊娠 2未妊娠 3不能确定 4其他

如为不能确定或其他，请描述

⬜对孕前优生健康检查的评价 0非常满意 1满意 2一般 3差 4非常差

日期： 年 月 日 随访者签名：

附件8 编号：⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

**妊娠结局记录表**

(由定点机构保存)

姓名 年龄 （周岁） 联系电话

家庭住址 省（区、市） 县(市、区) 乡(镇、街) 村(居)

随访机构 省（区、市） 县(市、区)

⬜ ⬜ ⬜ 本次妊娠结局（可多选，只选一项或两项时从首格填写，后格空着）：

1正常活产 2早产 3低出生体重 4出生缺陷（请填写《出生缺陷儿登记表》）

5自然流产 6医学性人工流产 7治疗性引产 8异位妊娠 9死胎死产

10其他

妊娠结局为1、2、3、4、7、9的继续填写以下内容：

⬜胎婴儿性别 1男 2女 3两性畸形 4不详

出生体重 克

⬜是否为多胞胎 1是 2否

分娩日期 年 月 日 分娩孕周 周

分娩地点 省（区、市） 县(市、区)

⬜分娩机构 1医疗机构 2家中 3其他 （请注明）

⬜分娩方式 1阴道顺产 2阴道助产 3剖宫产 4其他

⬜婴儿42天内存活状况

0非活产 1存活 2出生后7天内死亡 3出生后8-28天内死亡 4出生28天后死亡

**如为多胞胎，请按此表再次填写婴儿情况。**

日期： 年 月 日 随访者签名： 附件9编号：⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

**出生缺陷儿登记表**

(由县级保存)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.患儿家庭情况  父亲 姓名 年龄 (岁) 民族 身份证号  母亲 姓名 年龄 (岁) 民族 身份证号  孕次 产次 □常住地 1.城镇 2.乡村  现住址 邮编 联系电话 | | | |
| 2．患儿基本情况  出生日期 年 月 日 □性别 1男 2女 3两性畸形 4不详 出生孕周 (周)  出生体重 (克) □胎儿数 1单胎 2双胎（同卵、异卵）3三胎以上（同卵、异卵）  □转归 1存活 2死胎死产 3生后7天内死亡 4生后8～27天死亡 5生后28天～42天以内死亡  诊断依据 □临床 □B超 □尸解 □甲胎蛋白 染色体 □其它  □畸形确诊时间 1产前 2产后七天内 3产后七天以上 | | | |
| 3．出生缺陷诊断 | | | |
| 01 无脑畸形…………………………………⬜  02 脊柱裂……………………………………⬜  03 脑膨出……………………………………⬜  04 先天性脑积水……………………………⬜  05 腭裂………………………………………⬜  06 唇裂………………………………………⬜  07 唇裂并腭裂………………………………⬜  08 小耳（包括无耳）…………………………⬜  09 外耳其他畸形（小耳、无耳除外）………⬜  10 食道闭锁或狭窄…………………………⬜  11 直肠肛门闭锁或狭窄（包括无肛）………⬜  12 尿道下裂…………………………………⬜  13 膀胱外翻…………………………………⬜  14 左侧马蹄内翻足…………………………⬜  右侧马蹄内翻足…………………………⬜  15 左手多指…………………………………⬜  右手多指…………………………………⬜  左脚多趾…………………………………⬜  右脚多趾…………………………………⬜ | | 16 并指左 ………………………………⬜  并指右……………………………… ⬜  并趾左……………………………… ⬜  并趾右……………………………… ⬜  17肢体短缩（包括缺指（趾）、裂手（足）  上肢左……………………………… ⬜  上肢右……………………………… ⬜  下肢左……………………………… ⬜  下肢右……………………………… ⬜  18 先天性膈疝………………………… ⬜  19 脐膨出……………………………… ⬜  20 腹裂………………………………… ⬜  21 联体双胎…………………………… ⬜  22 唐氏综合征（21-三体综合征）……⬜  23 先天性心脏病……………………… ⬜  24 其 他…………………………………⬜  请写明病名或详细描述： | |
| 4．孕早期情况  患病情况  □发烧（＞38.5℃）  □风疹  □巨细胞病毒  □肝炎（类型 ）  □其他 | 服药情况  □磺胺类（名称： ）  □抗生素（名称： ）  □避孕药（名称： ）  □镇静药（名称： ）  □其他 | | 接触农药及其它有害因素  □农药（名称： ）  □射线（类型： ）  □酗酒（ 两/日）  □化学制剂（名称： ）  □其他 |
| 5．□诊断级别 （1）省级医院 （2）地市级医院 （3）区县级医院 （4）其他 | | | |

填表人 填表机构 填表日期 年 月 日

附件10

**科室及设备一览表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编 号** | **设置科室** | **设备名称** | **用 途** |
| 1 | 健康教育室 | 挂图、模型、电脑、投影仪、音像设备 | 健康教育、多媒体教学、网络连接、远程医疗服务 |
| 2 | 咨询室 | 桌子、椅子、挂图、图片、模型、宣传折页、常用避孕药具、 | 一般情况了解、咨询、指导 |
| 3 | 女性检查室 | 诊查桌椅、听诊器、血压计、体重计、一般检查床、多功能妇科检查床、器械桌、妇科检查器械、手套、臀垫、屏风、洗手池、污物桶、消毒物品、棉拭子、试管、弯头灯 | 常规检查、妇科检查 |
| 4 | 男性检查室 | 诊查桌椅、听诊器、血压计、体重计、一般检查床、男科检查床、器械桌、睾丸测量用具、手套、屏风、洗手池、污物桶、消毒物品 | 常规检查、男科检查 |
| 5 | 检验室 | 三分类血细胞分析仪 | 血常规 |
| 半自动尿液分析仪 | 尿常规 |
| 全自动生化分析仪 | 肝功能、肾功能、血糖等项目的检验。 |
| 化学发光免疫分析仪 | 甲状腺功能 |
| 双目电光显微镜 | 白带镜检 |
| 培养箱 | 淋球菌、衣原体培养 |
| 酶标分析仪 | 各种病毒抗原抗体酶联法筛查 |
| 洗板机 |
| 加样枪（移液器） | 样本处理 |
| 排 枪 |
| 小型离心机 |
| 真空采血管 | 采集样本 |
| 血液运输箱 | 运输样本 |
| 医用冰箱 | 保存样本 |
| 电 脑 | 检验数据的处理、保存和实验室质量管理 |
| 6 | 超声检查室 | 数字化B型超声诊断仪 | 妇科常规超声检查 |
| B超工作站 | 超声检查分析 |
| 检查床 | 超声检查 |
| 7 | 档案室 | 电脑及数据库软件 | 电子资料存储、信息上报 |
| 档案柜 | 纸质资料存储 |

注：各科室应配备消毒物品存放柜、流动水洗手设施、紫外线灭菌灯、污物桶，并做到医疗废物与生活垃圾分开放置。

附件11

**孕前检查服务流程图**

计划怀孕夫妇

男方体格检查、男科检查

女方体格检查、妇科检查

告知评估结果，提出进一步检查、治疗、转诊等医学建议和干预措施，提供个性化咨询指导

**一般人群：**

**经评估未发现异常**

**高风险人群：**

**经评估存在一项**

**或多项异常**

随访确定早孕并记录，建议定期接受孕期保健

问诊，收集夫妇基本信息及病史信息

综合分析问诊及孕前医学检查结果，识别和评估计划怀孕夫妇存在的可能导致出生缺陷等不良妊娠结局的风险因素

**复诊**

（初诊后1周内）

**初诊**

采集标本完成血、尿、白带常规检测，血型、血糖、肝肾功能、甲状腺功能等检查，完成乙型肝炎病毒、梅毒、风疹病毒、巨细胞病毒、弓形体、淋球菌、沙眼衣原体等感染的实验室检查及妇科B超检查

告知评估结果、给予普遍性优生咨询和健康指导

记录妊娠结局

妇女怀孕主动联系定点服务机构

采集标本完成尿常规、血型、肝肾功能、乙型肝炎病毒、梅毒检测；精液常规检测

提供健康教育，签订知情同意书

**早孕随访**

（停经2周内）

**妊娠结局随访**

（分娩后6周内或其他妊娠结局结束后2周内）

或）

附件12

**孕前优生健康检查技术服务文书使用说明**

《孕前优生健康检查技术服务记录册》、《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》、《早孕随访表》、《妊娠结局记录表》和《出生缺陷儿登记表》是孕前优生健康检查服务及随访的原始记录，应认真填写，填表要求及说明如下：

**一、填写要求**

（一）如实询问服务对象，开展相关医学检查和随访，依据结果认真填写相关表格，做到不错、不漏、不重。注意复查，认真核对，发现问题，及时更正。

（二）严格遵守保密原则，不得随意泄露服务对象个人信息及检查结果。

（三）一律用蓝色或黑色钢笔填写，要求书写认真，字迹工整清楚。

（四）填写出现笔误时，不要使用涂改液覆盖或用小刀刮除误填的文字或数字，更不要在误填的文字或数字上改写。正确方法应采用红笔，在错误之处划平行的两横线以示删除，在上端写出正确的文字或数字。同时在旁边签名或盖章，写上日期。具体示意如下：

25 李\*\* 2010.5.13

年龄 52 岁

**二、填写说明**

（一）填写方法

1.表中未提示多选的只能选一项。有序号选项的，请在题干前方小方格“⬜”内填写选项序号。

2．表中提示可多选的，根据实际情况，请在所选内容前方小方格“⬜”内划“√”。若已选择“否”，则不能同时选择其他选项。

3．如选项有“ ”需根据具体情况在划线上填写文字或数字。要求语言简洁明确，字迹清晰，不能使用杜撰字或同音字。

4．检查医师签名：医师完成病史询问、体格检查、妇科和男科检查、妇科B超检查、临床检验、风险评估、早孕及妊娠结局随访等服务项目后，分别在各自完成的服务项目下端签名栏内签全名，不能采用盖章代替。

（二）相关问题

1．孕前优生健康检查技术服务记录册

（1）封面

* 填写单位:填写提供孕前优生健康检查服务的县级和乡级服务机构名称。
* 出生年月：按公历填写。
* 文化程度：受检者受教育程度，如小学、初中、高中、大学、研究生等。
* 身份证号：受检者身份证号码，如为现役军人请填写士兵证或军官证号，并在号码前注明证件名称。
* 职业：受检者现从事的职业，如工人、农民等。如系无业或待业填“无”。
* 民族：受检者所属民族，如汉族、回族等。
* 户口性质:受检者的户口状况,如农业户口或非农业户口。农业户口包括界定为农村居民的服务对象。
* 妻子现住址：现住址与身份证地址不一致时，填写现居住地址。
* 邮编：现居住地邮政编码。
* 结婚时间:与现任配偶结婚具体时间
* 联系电话：单位或家庭电话均可。
* 填写日期:填写询问“表1 基础信息”的日期。

（2）一般情况部分

* 用药史
* 避孕措施持续使用时间：对于目前采用避孕措施者，填写现用避孕措施持续使用的时间，以月计算;已终止避孕者,填写终止避孕前所采用避孕措施持续使用的时间，以月计算。从未采取避孕措施者应填写“无”。
* 停用时间：填写终止避孕者最后所采用某种避孕措施停用的具体时间，目前仍采取避孕措施和从未采取避孕措施者无需填写。
* 孕育史
* 如为原发性闭经在初潮年龄划线上填写“从未来月经”。
* 怀孕次数：指以往怀孕过的总次数。
* 活产次数：指新生儿娩出时有心跳、脉搏、呼吸等生命征象的所有分娩的总数。
* 早产次数：指孕满28周但不足37周的分娩次数。
* 死胎死产次数：指孕满28周及以上，胎死腹中或娩出时无呼吸、无心跳等生命征象的所有分娩的总数。
* 自然流产：妊娠不足28周，因自然因素而终止的妊娠。
* 人工流产:妊娠28周以内,因意外妊娠、优生或疾病等原因而采用手术方法终止的妊娠。
* 家族史
* 近亲结婚：近亲包括直系血亲和三代以内的旁系血亲。直系血亲指父母与子女，祖父母与孙子女、外祖父母与外孙子女之间的关系。三代以内的旁系血亲指同胞、叔（伯、姑）与侄（女）、舅（姨）与外甥（女）之间，表兄弟（妹）、堂兄弟（妹）之间的关系。
* 家庭成员患有某种特殊疾病：应注明患者与接受孕前优生健康检查对象的关系。

（3）体格检查部分

如发现异常应在相应横线上详细描述，但不能将疾病名称作为检查结果填写。

在体格检查中发现的特殊情况，若体检表中无相应栏目，请在“其他”栏内描述。

（4）临床检验部分

在临床检查中发现的特殊情况，若体检表中无相应栏目，请在“其他”栏内描述。

若受检者接受基本服务项目以外的其他检查内容，应将相应检查结果填写在“其他检查”下方框内。

将孕前优生健康检查各项检验报告单及其他特殊检查报告共同粘贴在“临床实验室及特殊检查检验报告粘贴处”栏内。

2．检查结果及医学建议告知书

（1）根据检查结果形成评估建议并在相应结果及建议前方小方格“⬜”上划“√”。

（2）应在“具体建议”后横线处简明扼要地填写咨询指导内容。咨询指导内容应为针对检查结果所进行的预防、治疗或其他医学措施建议以及针对受检者所提问题的解答。

（3）《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》第二联、第三联应与第一联同样填写，不能漏填。

3．早孕随访记录表

(1)服用方法：每天坚持服用叶酸的选择“规律服用”，其他情况均选择“不规律服用”。

（2）对孕前优生健康检查的评价：服务对象本人对其所接受孕前优生健康检查的满意程度。

4．妊娠结局记录表

（1）本次妊娠结局

填写妊娠结局实际情况。可选择多个选项，请从左侧第一个“⬜”开始，顺序填写一个或多个妊娠结局。如存在未列出的妊娠结局，请在“其他”后横线处具体注明。

早产: 指孕满28周但不足37周的分娩;

低出生体重: 指胎儿出生体重小于2500克；

出生缺陷：指婴儿出生前即已存在的身体结构、功能或代谢的异常。包括：无脑畸形、脊柱裂、脑膨出、先天性脑积水、腭裂、唇裂、唇裂并腭裂、小耳（包括无耳）、外耳其它畸形（小耳、无耳除外）、食道闭锁或狭窄、直肠肛门闭锁或狭窄（包括无肛）、尿道下裂、膀胱外翻、马蹄内翻足、多指（趾）、并指（趾）、肢体短缩（包括缺指（趾）、裂手（足））、先天性膈疝、脐膨出、腹裂、联体双胎、唐氏综合征（21-三体综合征）、先天性心脏病等；

自然流产：妊娠不足28周，因自然因素而终止的妊娠；

医学性人工流产：妊娠14周以内，因优生或疾病等原因而采用手术方法终止的妊娠；

治疗性引产：妊娠14周及以上,因优生或疾病等原因而采用手术方法终止的妊娠；

死胎死产：指孕满28周及以上，胎死腹中或娩出时无呼吸、无心跳等生命征象的分娩。

（2）分娩孕周：指妊娠整周数。如妊娠39周+6天，填为39周。

5．出生缺陷儿登记表

（1）根据实际情况填写或从医疗机构转录相关内容；

（2）常住地：产母常住县辖乡者属“乡村”；其余属“城镇”（包括市辖区、街道、市辖镇、县辖镇）；

（3）出生缺陷诊断：请在相应出生缺陷名称后面对应的“⬜”内划“√”；如同一缺陷儿有多种缺陷，则在每种缺陷对应“⬜”内划“√”；如有未列出的缺陷，请写出病名或详细描述其特征；

（4）孕早期情况：孕早期指妊娠后最初3个月。如孕早期有患病、服药、接触农药及其它有害因素，则请在列出的病名、药名、农药及其它有害因素前面的“⬜”内划“√”，并请在括号内写出具体名称和接触时间。如有未列出的因素，则在“其他”栏注明；

（5）诊断级别：填写最终诊断出生缺陷儿的诊断机构的级别。