附件1

通州区新生儿先天性心脏病筛查工作管理流程图

术后1个月、3个月、6个月、1年

纳入7岁以下儿童健康管理

筛查

阴性

1年后

根据病情制定后期随访方案

随访检查

（超声心动图图、胸部CT等）

手术随访

双指标

筛 查

（经皮

脉搏血氧饱和度测定和心脏听诊）

随访检查

（超声心动图）

未发现

先心 病

新生儿登记

心脏问题待确认

出生1周内转诊

筛查机构记

构

转诊

儿保门诊

 每3个月

随访检查（超声心动图、胸部CT等

治疗机构

超声心动图检查

诊断机构

愈合前

确诊先心病

失访

仍未

就诊

辖区儿保

门诊

筛查机构随访

未及时转 诊

体弱儿管理（随访病情变化、生长发育情况、心理健康状况等

每3-6个月或1年

暂无手术指征随访

辖区儿保门诊

每周反馈

筛查

阳性

 每3个月

附件2

通州区新生儿先天性心脏病筛查、诊断、治疗

机 构 名 单

1. 新生儿先天性心脏病筛查机构名单（7家）

通州区人民医院

通州区中医院

通州区第二人民医院

通州区二甲中心卫生院

通州区石港中心卫生院

通州区刘桥中心卫生院

通州区平潮中心卫生院

二、新生儿先天性心脏病诊断机构名单（**1**家）

通州区人民医院

三、新生儿先天性心脏病治疗机构名单（1家）

南通大学附属医院

附件3

新生儿先天性心脏病筛查家长告知书

Q：为什么要进行新生儿先天性心脏病筛查？

**A：**先天性心脏病严重危害儿童健康，其并发症包括肺炎、感染性心内膜炎、肺动脉高压、缺氧、心力衰竭、休克等，可危及孩子生命。若在新生儿时期进行先天性心脏病筛查可以早期发现、及时诊断、合理治疗和干预，提高其治疗效果，降低死亡率，还能避免和减少先天性心脏病并发症及其所导致的经济负担，改善患儿的生命和生活质量。

Q：如何进行新生儿先天性心脏病筛查？

**A：**新生儿先天性心脏病的筛查遵循知情同意的原则。筛查在新生儿早期进行。采用简单易行、无创伤性的两项指标对新生儿进行先天性心脏病的筛查，包括心脏听诊和经皮脉搏血氧饱和度检测。这两项技术对新生儿无伤害。筛查结果分为阴性和阳性两种。

Q：新生儿先天性心脏病筛查结果阳性者怎么办？

**A：**筛查结果为阳性者，应当及时至新生儿先天性心脏病诊断机构或者治疗机构接受超声心动图检查，检查为阴性者，可以基本排除先天性心脏病；若超声心动图明确诊断为先天性心脏病，患儿应及时接受进一步的评估和必要的治疗。

Q：新生儿先天性心脏病筛查结果阴性者怎么办？

**A：**筛查结果为阴性者，可以暂时不考虑先天性心脏病的诊断。但由于疾病的复杂性和筛查技术的限制，少部分孩子可能出现假阴性的情况（即患有先天性心脏病但筛查阴性），因此，建议所有筛查结果阴性者，除了常规体检之外，平时需注意孩子是否存在呼吸急促、紫绀、多汗、反复肺炎、体重不增加等情况，如果有这些情况，及时将情况反馈给医生，接受进一步检查。

Q：若不接受新生儿先天性心脏病筛查可能导致的后果是什么？

**A：**可能会延误先天性心脏病的诊断，增加相关并发症发生的可能性和严重性，影响治疗效果，甚至危及患儿生命。

附件4

新生儿先天性心脏病筛查知情同意书

新生儿姓名\_\_\_\_\_\_\_ 性别\_\_\_\_\_ 出生日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 住院病历号

**新生儿先天性心脏病筛查是新生儿时期对先天性心脏病实施的专项检查。新生儿出生后6～72小时期间，采用简单易行、无创伤性的两项指标进行筛查，即心脏杂音听诊和脉搏血氧饱和度测定。筛查结果分为阳性和阴性两种。筛查阳性者，应当及时转诊至新生儿先天性心脏病诊断中心或新生儿先天性心脏病评估治疗中心接受超声心动图检查，确诊为先天性心脏病的患儿应当及时接受进一步的评估和治疗。由于疾病的复杂性和筛查技术的限制，少部分孩子可能出现筛查结果假阴性的情况（即患有先天性心脏病但筛查结果阴性），因此，建议所有筛查结果阴性者，除了常规体检之外，平时需注意孩子是否存在呼吸急促、紫绀、多汗、反复肺炎、体重不增加等情况，如果有这些情况，及时将情况反馈给医生，接受进一步检查。**

**知情选择：**

**（1）**我已充分了解该项筛查的性质、目的、必要性、风险性和费用，理解筛查存在假阳性和假阴性的结果，对其中的疑问已经得到医务人员的解答。

**我同意我监护的孩子接受新生儿先天性心脏病筛查。**

**监护人（签名）：** 日期： 年 月 日

身份证号码（母亲）： 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

通讯地址：

**（2）我不同意我监护的孩子接受新生儿先天性心脏病筛查，我已被告知延误诊断先天性心脏病可能导致的不良后果。**

**监护人（签名）：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

**筛查技术人员陈述：**

我已告知上述新生儿监护人先天性心脏病筛查的性质、目的、必要性、风险性和费用，并且解答了相关问题。

筛查技术人员（签名）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

附件5

南通市通州区新生儿先心病筛查阳性患儿随访登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 筛查日期 |  |
| 母亲姓名 |  |
| 婴儿情况 | 出生日期 |  |
| 孕周 |  |
| 联系方式 | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 筛查阳性指标 | □心脏听诊 | □经皮脉搏血氧饱和度测定 |
| 转诊诊断机构 |  |
| 体弱儿管理机构 |  |
| 随访日期 | 随访记录 | 记录人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

附件6

南通市通州区先心病筛查项目诊断机构随访登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 诊断日期 |  |
| 母亲姓名 |  |
| 婴儿情况 | 出生日期 |  |
| 孕周 |  |
| 联系方式 | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 超声心动图检查结果 |  |
| 转诊诊断机构 |  |
| 体弱儿管理机构 |  |
| 随访日期 | 随访记录 | 记录人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

附件7

南通市通州区先心病筛查项目治疗机构随访登记表

|  |
| --- |
| **基本信息** |
| 母亲姓名 |  | 父亲姓名 |  | 出生日期 |  | 年龄 |  |
| 孕周（w） |  | 出生体重 |  | 家族史 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 筛查日期 |  | 筛查机构 |  | 是否需要手术 | ①否（填写表1） |
| 诊断日期 |  | 诊断机构 |  | ②是（填写表2） |
| **表1 暂时不需要手术患儿随访表** |
| 体弱儿管理机构 |  |
| 随访情况 | 随访日期 | 随访记录 | 记录人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **表2 手术患儿随访表** |
| 手术日期 |  | 手术名称 |  |
| 是否需要二次手术 | ①是□②否□ | 体弱儿管理机构 |  |
| 随访情况 | 随访要求 | 随访日期 | 随访记录 | 记录人 |
| 术后1个月 |  |  |  |
| 术后3个月 |  |  |  |
| 术后6个月 |  |  |  |
| 术后1年 |  |  |  |

附件8

|  |
| --- |
| **通州区医疗机构儿保门诊先心病筛查阳性随访登记表** |
| **儿童保健号** | **姓名** | **性别** | **出生日期** | **母亲姓名** | **联系电话** | **居住地址** | **归属管理地区** | **分娩机构** | **筛查机构** | **诊断机构** | **诊断结果** | **诊断信息详情** | **诊断日期** | **3个月复查随访结果** | **6个月复查随访结果** | **12个月复查随访结果** | **结案 （是/否）** | **孕周 （早产）** | **备注**  |
| **复查时间** | **正常/异常/待确认**  | **具体诊断** | **复查时间** | **正常/异常/待确认** | **具体诊断** | **复查时间** | **正常/异常/待确认** | **具体诊断** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件9

新生儿先天性心脏病筛查诊断情况报表

**（20 年）**

**填报单位名称（盖章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **助产医疗机构名称** | **出生新****生儿数****（人）** | **筛查****例数****（人）** | **筛查率****（%）** | **筛查阳****性例数****（人）** | **筛查****阳性率****（%）** | **超声心动图****检查例数****（人）** | **超声心动****图检查率****（%）** | **确诊先心****病例数****（人）** | **阳性****确诊率****（%）** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：本表由各助产机构每月1月5日前统计，内容为上个月1日至月底出生的新生儿先心病筛查、诊断情况

单位负责人 填表人 联系电话 填报日期 年 月 日

附件10

通州区新生儿先天性心脏病筛查

项目管理领导小组名单

组 长：冯 霞 区卫生健康委员会党组成员、

 区疾病预防控制中心主任

副组长：王玉琴 区卫生健康委员会妇幼健康科科长

 陆建新 区妇幼保健计划生育服务中心主任

成 员：徐 洪 区人民医院副院长

肖继娟 区卫生健康委员会妇幼健康科副科长

仇红楠 区妇幼保健计划生育服务中心副主任

曹晓慧 区妇幼保健计划生育服务中心

群体保健科主任

张新宇 区妇幼保健计划生育服务中心

儿童保健科主任

冯颖慧 区妇幼保健计划生育服务中心医师

项目管理办公室设在区妇幼保健计划生育服务中心，仇红楠同志任项目办主任，成员为曹晓慧、冯颖慧，具体负责日常工作的处理与协调。

附件11

通州区新生儿先天性心脏病筛查

技术专家组名单

于荣静 通州区人民医院新生儿科主任医师

冯建国 通州区人民医院心胸外科副主任医师

王红芳 通州区人民医院超声科主任医师

朱小东 通州区中医院儿科副主任医师

肖 菁 通州区中医院超声科主任医师

附件12

**通州区**新生儿先天性心脏病筛查诊断与评估转诊单

尊敬的家长：

 您的孩子经初步筛查可能为先天性心脏病，请尽快到开展先天性心脏病诊断的医疗保健机构接受心彩超检查以明确诊断，该检查无创伤性，无不良反应。到达诊断机构后直接至门诊，向登记台医生出示该转诊单（一），并接受检查安排，若为诊断阳性者，请至治疗机构进行评估、治疗或者接受可行的指导建议，到达治疗机构后直接至门诊，向登记台医生出示该转诊单（二）即可。

 先天性心脏病若不及时检查和确诊，可能增加相关并发症发生的可能性和严重性，影响治疗效果，甚至危及生命。



**转诊联系卡** （一） **NO：**

 医院：

 根据新生儿先天性心脏病筛查结果，新生儿（姓名、保健号） 为阳性，需要转至你院进一步检查和明确诊断，请贵方予以接待。

筛查机构：

转诊医生：

转诊日期： 年 月 日

**转诊联系卡** （二） **NO：**

 医院：

 根据新生儿先天性心脏病诊断结果，新生儿（姓名、保健号） 为阳性，需要转至你院进一步进行评估治疗，请贵方予以接待。

诊断机构：

转诊医生：

转诊日期： 年 月 日