附件1

儿童孤独症健康教育核心信息

一、什么是孤独症？

孤独症是一种常见的神经发育障碍性疾病，又称自闭症，专业名称为孤独症谱系障碍（ASD）。3岁前起病，3岁后表现更为明显，主要存在社交沟通障碍、兴趣狭窄、行为刻板等表现。

二、孤独症的孩子有多少？

随着医疗保健水平和人民群众健康意识的提升，确诊孤独症的患者数量在逐渐上升。据估计，我国目前孤独症的发病率约为 1%，即孤独症患者已超1000万，其中0～14岁的儿童患者约有200 万。

三、孤独症为什么会发生？

孤独症产生的病因尚未阐明，众多研究已经筛查出很多可能引起孤独症的危险因素，但没有一种是导致孤独症发生的直接原因，比较公认的是孤独症产生于基因遗传与环境的交互作用。

四、孤独症对孩子会有哪些危害？

社交障碍是孤独症患者的核心表现，患有孤独症的儿童缺乏与人交流、交往的欲望（技巧），对于别人发出的沟通信号，缺乏足够的理解和恰当的反应，往往无法融入正常的社会活动中。

五、孤独症孩子主要有哪些表现？

（一）社交沟通方面。

1.对外界事物和人不感兴趣，不大察觉别人的存在；

2.与人缺乏目光接触，不能或很少主动与人交往、分享或参与活动；

3.想象力较弱，极少通过玩具进行假想的游戏活动；

4.语言发育落后，或在语言发育上出现倒退，或语言缺乏交流功能。

（二）行为方面。

1.行为刻板：在日常生活中，坚持某些行事方式和程序，拒绝改变习惯和常规；或不断重复一些动作，这些动作通常无意义。

2.兴趣狭窄：常会极度专注于某些物品，对物品的某些部分或对某些特定形状或质感的物体特别着迷。

六、孤独症孩子的表现都是一样的吗？

孤独症儿童的表现可以有很大区别，甚至每个人都不同。在智力水平上，有天才，也有明显智力低下患者；在语言上，有完全不说话，也有喋喋不休者；在兴趣上，有对什么都不感兴趣，也有上知天文下知地理者；除了社交沟通障碍外，可以说每个儿童表现各有不同。

七、孤独症如何诊断？

孤独症诊断缺乏可靠的实验室检查途径，主要依据行为特征进行评估与诊断。一般来说，妇幼保健院、儿童医院、儿童精神专科医院可以评估和诊断孤独症。

八、治疗孤独症有特效药吗？

由于孤独症病因和机制仍不清楚，目前在全世界尚无针对孤独症核心问题的药物治疗。治疗孤独症主要依靠康复训练和特殊教育。绝大多数孤独症儿童需要长期的康复训练和特殊教育支持。需要强调的是，即使暂时未诊断孤独症，只要有孤独症的可疑异常表现，就要开始进行针对性的康复训练。

九、患有孤独症的孩子长大后情况如何？

如果尽早开始并持续科学干预，相当一部分的孤独症儿童将来可以具备独立生活的能力，在支持环境下就业，实现自食其力。对于能力得到很好开发和训练的儿童，在某些方面甚至可以取得较大成就，实现更大的人生价值。

十、家长如何帮助孤独症的孩子？

父母和家庭的参与是孤独症儿童治疗干预中不可或缺的部分，特别是3岁以下儿童的干预，适宜在家庭的自然环境中进行。在养育孤独症孩子的过程中，家长应首先学会控制自己的情绪、调整对孩子的期望；其次要寻求科学正确的医学和教育专业帮助，不断学习一些家庭干预方法，促进孩子的发展。大多数孤独症儿童通过康复训练和特殊教育会有明显的改善，我国将其归类为精神残疾，家长也可以从残联寻求治疗上的一些帮助。

附件2

儿童心理行为发育问题预警征象筛查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年龄 | 预警征象 | 年龄 | 预警征象 |
| 3月 | 1对很大声音没有反应 |  | 6月 | 1发音少，不会笑出声 |  |
| 2 逗引时不发音或不会微笑 |  | 2不会伸手抓物 |  |
| 3 不注视人脸，不追视移动人或物品 |  | 3紧握拳松不开 |  |
| 4俯卧时不会抬头 |  | 4不能扶坐 |  |
| 8月 | 1听到声音无应答 |  | 12月 | 1呼唤名字无反应 |  |
| 2不会区分生人和熟人 |  | 2不会模仿“再见”或“欢迎”动作 |  |
| 3双手间不会传递玩具 |  | 3不会用拇食指对捏小物品 |  |
| 4不会独坐 |  | 4不会扶物站立 |  |
| 18月 | 1不会有意识叫“爸爸”或“妈妈” |  | 24月 | 1不会说3个物品的名称 |  |
| 2不会按要求指人或物 |  | 2不会按吩咐做简单事情 |  |
| 3与人无目光交流 |  | 3不会用勺吃饭 |  |
| 4不会独走 |  | 4不会扶栏上楼梯/台阶 |  |
| 30月 | 1不会说2-3个字的短语 |  | 36月 | 1不会说自己的名字 |  |
| 2兴趣单一、刻板 |  | 2不会玩“拿棍当马骑”等假想游戏 |  |
| 3不会示意大小便 |  | 3不会模仿画圆 |  |
| 4不会跑 |  | 4不会双脚跳 |  |
| 4岁 | 1不会说带形容词的句子 |  | 5岁 | 1不能简单叙说事情经过 |  |
| 2不能按要求等待或轮流 |  | 2不知道自己的性别 |  |
| 3不会独立穿衣 |  | 3不会用筷子吃饭 |  |
| 4不会单脚站立 |  | 4不会单脚跳 |  |
| 6岁 | 1不会表达自己的感受或想法 |  |  |
| 2不会玩角色扮演的集体游戏 |  |
| 3不会画方形 |  |
| 4不会奔跑 |  |

注：适用于0～6岁儿童。检查有无相应月龄的预警征象。该年龄段任何一条预警征象阳性，提示有发育偏异的可能。

附件3

表1 基本信息

儿童姓名

编号

性别口1男2女9未说明的性别出生日期口口口口年口口月口口日

身份证号口口口口口口口口口口口口口口口口口口

家庭住址 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇、

街道）村（居委会）

父亲姓名 联系电话 出生日期口口口口年口口月口口日

文化程度口1研究生2大学本科3大学专科和专科学校4 中等专业学校

5技工学校6高中7初中8小学9文盲或半文盲10不详

|  |  |
| --- | --- |
| 职业口 | 0国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人1专业技术人员2办事人员和有关人员3商业、服务业人员4农、林、牧、渔、水利业生产人员5生产、运输设备操作人员及有关人员6军人7不便分类的其他从业人员8无职业 |

母亲姓名 联系电话 出生日期口口口口年口口月口口日

|  |  |
| --- | --- |
| 文化程度口 | 1研究生2大学本科3大学专科和专科学校4 中等专业学校5技工学校6高中7初中8小学9文盲或半文盲10不详 |
| 职业口 | 0国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人1专业技术人员2办事人员和有关人员3商业、服务业人员4农、林、牧、渔、水利业生产人员5生产、运输设备操作人员及有关人员6军人7不便分类的其他从业人员8无职业 |

填表要求

1. 基本要求

1.档案填写一律用黑色的钢笔或圆珠笔进行填写。字迹要清楚，书写要工整。数字或代码一律用阿拉伯数字书写。如果数字填错，用双横线将整笔数码划去，并在原数码上方工整填写正确的数码。切勿在原数码上涂改。

2.(0-6岁儿童心理行为发育档案》表1-表6的具体填写说明请参照各表下方标注。

二、档案编码

同江苏省妇幼健康信息平台中儿童保健号。

1. 其他

1.本表用于儿童首次建立档案时填写。如果儿童的个人信息有所变动，可在原条目处修改，并注明修改时间。

2.儿童姓名:填写新生儿姓名。如没有取名则填写母亲名字+之男或之女。

3.性别:分为男、女及未说明的性别。

4.出生日期:根据居民身份证的出生日期，按照年(4位)、月(2位)、日(2位)顺序填写，如20200101。

5.身份证号码:如新生儿无身份证号码，可暂时空缺，待户口登记后再补填。

6.联系电话:填写可联系到父母的手机或常用电话。

表2 0～6 岁儿童心理行为发育初筛记录表

婴儿期（0～1 岁）

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | **3**月龄 | **6**月龄 | **8**月龄 | **12**月龄 |
| 心理行为发育初筛 | 预警征象筛查 | 0未见异常1对很大声音没有反应2逗引时不发音或不会微笑3不注视人脸，不追视移动人或物品4俯卧时不会抬头 | 0未见异常1发音少，不会笑出声2不会伸手抓物3紧握拳松不开4不能扶坐 | 0未见异常1听到声音无应答2不会区分生人和熟人3双手间不会传递玩具🞎4不会独坐 | 0未见异常1呼唤名字无反应2 不会模仿“ 再见”或“欢迎”动作3不会用拇食指对捏小物品4不会扶物站立 |
| 语言功能和社会交往能力询问 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退🞎3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 |
| 孤独症早期行为标志筛查 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 |
| 初筛结果 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 |
| 转诊建议 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 |
| 检查日期 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |
| 医生签名 |  |  |  |  |
| 医疗机构名称 |  |  |  |  |

注：心理行为发育初筛“预警征象筛查”、“语言功能和社会交往能力询问”、“孤独症早期行为标志筛查”、“初筛结果”以及“转诊建议”部分，检查时发现相应情况在“□”内打“ √”。检查日期介于两个月龄段之间的按最近的小月龄内容进行测查和记录。

表3 0～6 岁儿童心理行为发育初筛记录表

幼儿期（1～3 岁）

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | **18**月龄 | **24**月龄 | **30**月龄 | **36**月龄 |
| 心理行为发育初筛 | 预警征象筛查 | 0未见异常1不会有意识叫“爸爸”或“妈妈”2不会按要求指人或物3与人无目光交流4不会独走 | 0未见异常1不会说3个物品的名称2不会按吩咐做简单事情3不会用勺吃饭4不会扶栏上楼梯/台阶 | 0未见异常1不会说2-3个字的短语2兴趣单一、刻板3不会示意大小便4不会跑 | 0未见异常1不会说自己的名字2 不会玩“ 拿棍当马骑”等假想游戏3不会模仿画圆4不会双脚跳 |
| 语言功能和社会交往能力询问 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 |
| 孤独症早期行为标志筛查 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 |
| 初筛结果 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 |
| 转诊建议 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 |
| 检查日期 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |
| 医生签名 |  |  |  |  |
| 医疗机构名称 |  |  |  |  |

注：心理行为发育初筛“预警征象筛查”、“语言功能和社会交往能力询问”、“孤独症早期行为标志筛查”、“初筛结果”以及“转诊建议”部分，检查时发现相应情况在“□”内打“ √”。检查日期介于两个月龄段之间的按最近的小月龄内容进行测查和记录。

表4 0～6 岁儿童心理行为发育初筛记录表

学龄前期（4～6 岁）

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目 | **4**岁 | **5**岁 | **6**岁 |
| 心理行为发育初筛 | 预警征象筛查 | 0未见异常1不会说带形容词的句子2不能按要求等待或轮流3不会独立穿衣4不会单脚站立 | 0未见异常1 不能简单叙说事情经过2 不知道自己的性别3不会用筷子吃饭4不会单脚跳 | 0未见异常1 不会表达自己的感受或想法2不会玩角色扮演的集体游戏3不会画方形4不会奔跑 |
| 语言功能和社会交往能力询问 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 | 1未见异常2语言功能障碍或倒退3社会交往能力障碍或倒退 |
| 孤独症早期行为标志筛查 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 | 0未见异常1不（少）看2不（少）应3不（少）指4不（少）语5不当 |
| 初筛结果 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 | 1未见异常2异常 |
| 转诊建议 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 | 1无2有，上转接诊医疗机构名称 |
| 检查日期 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |  年\_\_月日 |
| 医生签名 |  |  |  |
| 医疗机构名称 |  |  |  |

注：心理行为发育初筛“预警征象筛查”、“语言功能和社会交往能力询问”、“孤独症早期行为标志筛查”、“初筛结果”以及“转诊建议”部分，检查时发现相应情况在“□”内打“ √”。检查日期介于两个月龄段之间的按最近的小年龄内容进行测查和记录。

附件4

0～6 岁儿童心理行为发育初筛异常登记表

 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇、街道）、机构

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 编号 | 儿童姓名 | 出生日期 | 性别 | 家长姓名 | 联系电话 | 家庭住址 | 初筛日期 | 初筛结果 | 随访日期和随访情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 1预警征象筛查异常2 语言功能障碍或倒退3 社会交往能力障碍或倒退4 孤独症早期行为标志筛查异常 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 1预警征象筛查异常2 语言功能障碍或倒退3 社会交往能力障碍或倒退4 孤独症早期行为标志筛查异常 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 1预警征象筛查异常2 语言功能障碍或倒退3 社会交往能力障碍或倒退4 孤独症早期行为标志筛查异常 |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  | 1预警征象筛查异常2 语言功能障碍或倒退3 社会交往能力障碍或倒退4 孤独症早期行为标志筛查异常 |  |

注：1.该表用于记录0～6岁儿童心理行为发育初筛结果异常的儿童，由乡镇卫生院、社区卫生服务中心工作人员填写。2.初筛结果可以多选。

附件5

0～6 岁儿童心理行为发育初筛转诊单

**（第一联乡镇卫生院或社区卫生服务中心留存）**

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

身份证号

家长姓名 联系电话

转诊原因1预警征象筛查结果

未见异常异常，具体注明未通过项目

2语言功能和社会交往能力询问

未见异常语言功能障碍或倒退社会交往能力障碍或倒退

3 孤独症早期行为标志筛查

未见异常不（少）看不（少）应不（少）指不（少）语不当

儿童存在以上情况，建议转诊到医疗机构进一步接受复筛。

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日

0～6 岁儿童心理行为发育初筛转诊单

（第二联由家长携带至县级接诊机构）

备注：就诊时须携带本转诊单

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

身份证号

家长姓名 联系电话

转诊原因1预警征象筛查结果

未见异常异常，具体注明未通过项目

2语言功能和社会交往能力询问

未见异常语言功能障碍或倒退社会交往能力障碍或倒退

3 孤独症早期行为标志筛查

未见异常不（少）看不（少）应不（少）指不（少）语不当

儿童存在以上情况，建议转诊到医疗机构进一步接受复筛。

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日

附件6

0～6岁儿童心理行为发育复筛记录表

（此表一式两份，一份由复筛机构留存，一份交家长）

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

初筛医疗机构名称

初筛结果预警征象筛查异常，注明未通过项目

🞎语言功能障碍或倒退社会交往能力障碍或倒退

孤独症早期行为标志筛查异常，注明未通过项目

病史询问

是否有以下症状(可多选)

□无□语言障碍□交流障碍□行为刻板□兴趣狭隘

□其他，注明具体症状或问题

发育量表评估

儿心量表-II(（0-6岁）

发育商总分 分

其中，大运动得分 分，精细动作得分 分，适应能力得分 分

语言得分 分，社会行为得分 分

测评结果□未见明显异常□可疑(评估得分70-79分) □发育偏离□发育障碍

孤独症筛查量表评估

修订版孤独症筛查量表 ( M-CHAT )( 18-24 月龄)

核心项目阳性个项目阳性个

测评结果□未见明显异常□未通过(存在孤独症风险)

孤独症行为评定量表(A B C )( 24 月龄及以上)

总分 分

其中，感觉得分 分，社会交往得分 分，躯体运动得分 分，

语言得分 分，生活自理得分 分

测评结果□未见明显异常□未通过(存在可疑孤独症症状)

复筛结果

□来见明显异常，3个月内复查

□可疑(“儿心量表-II”评估分为70-79分),3个月内复查

□异常(病史询问存在疑似孤独症症状或修订版孤独症筛查量表“M-CHAT”筛查未通过或孤独症行为评定量表“ABC”筛查未通过 )

转诊建议

□不转诊。

□转诊，转至进一步诊断，同时进行健康宣教。

医生签字 填写日期 年 月 日

医疗机构

附件7

0～6岁儿童心理行为发育复筛异常登记表

 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇、街道）、机构

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 编号 | 儿童姓名 | 性别 | 家长姓名 | 联系电话 | 家庭住址 | 复筛日期 | 复筛结果 | 随访日期和随访情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | 1 病史询问及观察发现异常2发育量表评估异常3孤独症量表筛查异常4 可疑（“儿心量表-II”评估得分70～79 分）,3个月内复查 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | 1 病史询问及观察发现异常2发育量表评估异常3孤独症量表筛查异常4 可疑（“儿心量表-II”评估得分70～79 分）,3个月内复查 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | 1 病史询问及观察发现异常2发育量表评估异常3孤独症量表筛查异常4 可疑（“儿心量表-II”评估得分70～79 分）,3个月内复查 |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  | 1 病史询问及观察发现异常2发育量表评估异常3孤独症量表筛查异常4 可疑（“儿心量表-II”评估得分70～79 分）,3个月内复查 |  |

注：1.该表用于记录0～6岁儿童心理行为发育复筛结果异常的儿童，由县级妇幼保健机构工作人员填写。2.复筛结果可以多选。

附件8

**0～6岁儿童心理行为发育复筛转诊单**

**(第一联区妇幼保健机构留存)**

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

身份证号

家长姓名 联系电话

转诊原因

1.病史询问□未见明显异常□存在疑似孤独症症状，具体为：

2.发育量表评估(儿心量表-II)□未见明显异常□可疑(评估得分70-79分)

□发育偏离□发育障碍

3.孤独症量表筛查

3.1 M-CHAT结果()个核心项目阳性，()个项目阳性

□来见明显异常□存在孤独症风险

3.2 ABC结果分□未见明显异常□存在可疑孤独症症状

**儿童存在以上情况，建议转诊到医疗机构进一步接受诊断。**

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日

**0～6岁儿童心理行为发育复筛转诊单**

**(第二联由家长携带至诊断机构留存)**

**备注：就诊时须携带本转诊单和0～6岁儿童心理行为发育复筛记录表**

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

身份证号

家长姓名 联系电话

转诊原因

1.病史询问□未见明显异常□存在疑似孤独症症状，具体为：

2.发育量表评估(儿心量表-II)□未见明显异常□可疑(评估得分70-79分)

□发育偏离□发育障碍

3.孤独症量表筛查

3.1 M-CHAT结果()个核心项目阳性，()个项目阳性

□来见明显异常□存在孤独症风险

3.2 ABC结果分□未见明显异常□存在可疑孤独症症状

**儿童存在以上情况，建议转诊到医疗机构进一步接受诊断。**

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日

附件9

0～6岁儿童心理行为发育异常诊断记录表

(此表一式两份，一份由诊断机构留存，一份交家长)

**编号**

**儿童姓名** **性别** **出生日期** **年** **月** **日**

**病史询问**(包括儿童生长发育史、现病史、既往史、父母孕育史、家族史等)

**行为观察**(以对儿童的行为观察为主，重点观察儿童社会交往、语言和非语言交流)

**体格检查及神经系统检查**

**量表评估**

CARS量表□<30分(非孤独症)□≥30分(孤独症)

其他量表

**辅助检查**

**诊断结果**□排除孤独症□确诊孤独症□未确诊，2个月后复查

**共患疾病**(注意缺陷多动障碍、抽动障碍、癫痫、强迫症等)

□无□有，请注明

**确诊孤独症儿童干预康复建议**

□家庭干预□社区干预(基层医疗卫生机构)

□机构干预□其他，请具体说明

**医生签字** **填写日期** **年** **月** **日**

**医疗机构**

背面

检验检查结果报告单粘贴处

附件10

通州区孤独症儿童定点干预康复机构

（共4家）

1.通州区残疾人综合服务中心

2.通州区圆梦残疾儿童康复中心

3.通州区星悦儿童发展中心

4.通州区博恩儿童康复中心

附件11

0～6岁孤独症儿童干预康复转诊单

（第一联诊断机构留存）

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

身份证号

家长姓名 联系电话

转诊原因1确诊孤独症

2孤独症高危儿

儿童存在以上情况，建议转诊到机构接受干预康复。

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日

0～6岁孤独症儿童干预康复转诊单

（第二联由家长携带至康复机构）

备注：就诊时须携带本转诊单

编号

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日身份证号

家长姓名 联系电话

病史询问（包括儿童生长发育史、现病史、既往史、父母孕育史、家族史等）

行为观察（以对儿童的行为观察为主，重点观察儿童社会交往、语言和非语言交流）

体格检查及神经系统检查

量表评估CARS量表

□<30分（非孤独症）□≥30分（孤独症）

其他量表

辅助检查

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

转诊原因1确诊孤独症

2孤独症高危儿

儿童存在以上情况，建议转诊到机构接受干预康复。

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日

附件12

通州区 0～6岁儿童孤独症筛查干预项目

领导组名单

组 长：匡咏梅 通州区卫生健康委员会主任

副组长：王亚春 通州区卫生健康委员会副主任

姜益南 通州区残联副理事长

 吴伯军 通州区教体局副局长

成 员：王玉琴 通州区卫生健康委妇幼健康科科长

 翟惠华 通州区残联康复部主任

陈建峰 通州区教体局发展规划与财务科科长

顾晓明 通州区妇计中心主任

项目领导组办公室设在区妇计中心，曹晓慧同志为项目办主任，季雨蒙同志为项目负责人。

附件13

通州区 0～6岁儿童孤独症筛查干预项目

技术指导组名单

组 长：顾晓明 通州区妇计中心主任

副组长：仇红楠 通州区妇计中心副主任

顾拥军 通州区残联康复部科员

成 员：曹晓慧 通州区妇计中心群保科科长 张新宇 通州区妇计中心儿保科科长

易咏梅 通州区妇计中心群保科副科长

季雨蒙 通州区妇计中心儿保科心理门诊

主治医师

附件14

通州区 0～6岁儿童孤独症筛查干预情况报表

（20 年月）

填报单位名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 7岁以下儿童数 | 初筛人数 | 初筛率（%） | 初筛阳性人数 | 初筛阳性率（%） | 初筛阳性儿童复筛人数 | 初筛阳性儿童复筛率（%） | 复筛阳性人数 | 复筛阳性率（%） | 复筛阳性儿童评估（诊断）人数 | 复筛阳性儿童评估（诊断）率（%） | 确诊孤独症或孤独症高危儿数 | 确诊孤独症或孤独症高危儿发生率（%） | 确诊孤独症或孤独症高危儿接受干预康复治疗人数 | 确诊孤独症或孤独症高危儿接受干预康复治疗比例（%） |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：**7**岁以下儿童数和初筛率为年报数据。

单位负责人： 填表人： 联系电话： 填报日期：年月日

附件15

通州区 0～6岁儿童孤独症筛查干预流程图

干预后每3—6个月再次评估

可

疑

可

疑

异

常

异

常

异

常

正

常

正

常

正

常

三月内

2次复筛

干预2个月后再次评估

儿童家庭

区残联定点机构干预康复

市妇保院、市四院评估诊断

纳入7岁以下

儿童健康管理

区妇计中心

复筛

干预后3个月内再次复筛

基层医疗机构初筛

0—6岁

常住儿童

儿童健康管理时