|  |
| --- |
| 附件1 编号：中国红基会先心病筛查基本信息登记表 |
| 患儿姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | 监护人姓名 |  |
| 联系电话 |  | 与患儿关系 |  |
| 家庭住址 |  | 是否参加医保 |  |
| 医生初诊意见：（筛查现场医生）  |
| 超声诊断信息：（筛查现场医生）□房间隔缺损 □室间隔缺损 说明：□卵圆孔未闭 □法洛氏三联症□动脉导管未闭 □法洛氏四联症□单心室 □三间瓣下移畸形 |
| 医生手术建议：（筛查现场医生）□建议手术 □无需手术 □定期复查 □正常 □其他  签名： |
| 本表手术意见栏填写完成后，需当场由医生回收，**患儿请勿带离筛查现场。**声明：本人保证所填写情况属实，且已了解本次心脏病筛查救助项目，同意配合医生展开工作。 |
|  监护人签名： 年 月 日 |