附件8

许昌市新生儿耳聋基因芯片筛查遗传咨询记录单

　　　　　　　　　　　　　　登记单位：

　　　　　　　　　　　　　　登记时间：

许昌市新生儿耳聋基因芯片筛查遗传咨询记录单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号： | 儿童姓名： | 性别：口男 口女 |  | 编号： | 儿童姓名： | 性别：口男 口女 |
| 出生日期： | 出生医院： | 出生日期： | 出生医院： |
| 联系电话： | 联系电话： |
| 联系地址： | 联系地址： |
| 遗传咨询情况 | 遗传咨询情况 |
| 咨询时间 |  | 咨询时间 |  |
| 基因芯片筛查结果 |  | 基因芯片筛查结果 |  |
| 听力筛查结果 |  | 听力复查结果 |  | 听力筛查结果 |  | 听力复查结果 |  |
| 咨询内容 |  | 咨询内容 |  |
| 备注： | 备注： |