附件4

许昌市新生儿耳聋基因芯片筛查登记本

　　　　　　　　　　　　　登记单位：

　　　　　　　　　　　　　登记时间：

许昌市新生儿耳聋基因芯片筛查登记本填表说明

1.此登记本由各筛查机构填写，用于统计本院筛查新生儿情况；

2.凡在本机构内分娩的活产新生儿，不论是否接受新生儿筛查均应填写。

|  |
| --- |
|  医院新生儿耳聋基因芯片筛查登记表 |
| 采血日期 | 标本编号 | 母亲姓名 | 身份证号 | 住院号 | 联系方式 | 户籍地 | 生产日期 | 新生儿性别 | 政府补助 | 自费 | 采血人签字 | 标本是否合格 | 备注 |
| 男 | 女 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

合格标本份数 不合格标本份数

标本递送人 标本接收人 交接时间