附件6

**脱贫地区新生儿疾病筛查项目听力障碍儿童转介登记表**

听力诊断机构名称（盖章）： 项目县项目管理办公室(盖章) 项目县残联名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 儿童姓名 | 性别 | 出生  日期 | 家长姓名 | 家庭住址 | 联系电话 | 邮编 | 方法 | 左耳诊  断结果 | 右耳诊  断结果 | 同意将儿童信息转介残联 | |
| 同意/不同意 | 家长签字 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | □ABR □OAE □其它 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | □ABR □OAE □其它 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | □ABR □OAE □其它 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  | □ABR □OAE □其它 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | □ABR □OAE □其它 |  |  |  |  |
| ： |  |  |  |  |  |  |  | □ABR □OAE □其它 |  |  |  |  |
| ： |  |  |  |  |  |  |  | □ABR □OAE □其它 |  |  |  |  |

听力诊断机构负责人： 日期： 年 月 日

项目县项目管理办公室负责人： 日期： 年 月 日

项目县残联负责人： 日期： 年 月 日

说明：1.此表一式三份，附新生儿听力筛查诊断证明书及病历，经听力诊断机构、项目县项目管理办公室、项目县残联单位负责人填写确认后，由听力诊断机构、项目县项目管理办公室、项目县残联单位各存档一份。

2.此表由听力诊断机构对患儿进行听力诊断后登记填写，取得患儿家属同意将患儿信息转介给项目县残联意见，在患儿家属签署“同意或不同意”意见及本人姓名后，交由诊断机构负责人签字。

3.转介表经诊断机构交项目县项目管理办公室后，由项目县项目管理办公室负责人签字确认。

4.转介表经项目县项目管理办公室交项目县残联后，由项目县残联负责人签字确认。

5.时效要求:听力诊断机构要将确诊为永久性听力障碍的患儿信息在**2个工作日**内转介到项目县项目管理办公室，由其**2个工作日**转介到当地残联部门。