

# 国家人口和计划生育委员会文件

国人口发〔2010〕31号

## 国家人口计生委关于印发 国家免费孕前优生健康检查项目试点工作 技术服务规范（试行）的通知

河北、吉林、江苏、浙江、安徽、山东、河南、湖北、湖南、广东、广西、重庆、四川、贵州、云南、陕西、甘肃、新疆省（区、市）人口计生委：

经国务院批准，国家免费孕前优生健康检查项目试点工作已经正式启动。为保证国家免费孕前优生健康检查项目试点工作科学规范实施，我委组织制定了《国家免费孕前优生健康检查项目试点工作技术服务规范（试行）》。现印发你们，请认真贯彻执行。

二〇一〇年五月十四日

# 国家免费孕前优生健康检查项目试点工作 技术服务规范（试行）

为降低出生缺陷发生风险，提高出生人口素质，经国务院批准，2010年4月22日国家免费孕前优生健康检查项目正式启动。为科学规范组织实施国家免费孕前优生健康检查项目试点工作，特制定本规范。

## 一、服务对象

试点地区符合生育政策、计划怀孕的农村夫妇，包括流动人口计划怀孕夫妇。

## 二、服务目的

（一）提高计划妊娠比例；

（二）提高计划怀孕夫妇优生科学知识水平，增强孕前风险防范意识；

（三）改善计划怀孕夫妇健康状况，降低或消除导致出生缺陷等不良妊娠结局的风险因素，预防出生缺陷发生，提高出生人口素质。

## 三、服务内容

主要包括优生健康教育、病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导、早孕及妊娠结局追踪随访等。具体服务内容共19项见附件1，服务内容示意图见附件2。

（一）优生健康教育

通过多种方式，向计划怀孕夫妇宣传优生科学知识，增强出生

缺陷预防意识，树立“健康饮食、健康行为、健康环境、健康父母、健康婴儿”的预防观念。与计划怀孕夫妇充分沟通，了解需求，建立良好人际关系。积极引导夫妇接受知识、转变态度、改变行为，共同接受孕前优生健康检查，做好孕前准备。

## 1. 优生健康教育主要内容

（1）与怀孕生育有关的心理、生理基本知识；

（2）实行计划妊娠的重要性和基本方法，以及孕前准备的主要内容；

（3）慢性疾病、感染性疾病、先天性疾病、遗传性疾病对孕育的影响；

（4）不良生活习惯、营养不均衡、肥胖、药物及环境有害因素等对孕育的影响；

（5）预防出生缺陷等不良妊娠结局的主要措施；

（6）孕前优生健康检查的主要目的及内容等。

## 2. 优生健康教育主要形式和要求

（1）设置优生健康教育宣传栏。在县、乡计划生育技术服务机构和村计划生育服务室的户外及室内明显处设置优生健康教育宣传栏。

（2）提供优生健康教育资料。在县、乡计划生育技术服务机构的咨询台、候诊区、接诊室，以及人口学校与村计划生育服务室等场所，放置优生健康教育折页、健康教育处方、健康教育手册等资料。

（3）播放优生健康教育音像制品。在县、乡计划生育技术服务机构的咨询台、候诊区、观察室，以及人口学校、村计划生育服

务室等场所播放优生音像制品。

(4) 举办优生知识讲座。定期在乡、村举办优生知识讲座。

(5) 组织优生知识问答。印制优生知识简要问卷，可结合优生知识讲座等活动，组织计划怀孕夫妇阅答，普及科学知识，了解需求和健康教育效果。

(6) 开展公众咨询活动。与计划怀孕夫妇面对面沟通交流，介绍优生健康知识，回答夫妇提出的问题，并发放宣传资料。

做好各项优生健康教育活动记录，并存档保存。《优生知识讲座记录表》见附件 3。

## (二) 知情同意

遵循知情自愿原则，详细介绍计划怀孕夫妇可以接受病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导等孕前服务内容，让计划怀孕夫妇充分了解孕前优生健康检查的意义。在充分知情基础上，征得夫妇双方同意，签订知情同意书（见附件 4）。

## (三) 病史询问

1. 询问基本信息，包括夫妇双方姓名、性别、出生日期、民族、文化程度、职业、居住地等。

2. 询问病史，了解计划怀孕夫妇和双方家庭成员的健康状况，识别影响生育的风险因素。重点询问与优生有关的孕育史、疾病史、家族史、用药情况、生活习惯、饮食营养、职业状况及工作环境、社会心理和人际关系等。

在病史询问以及后续体格检查、临床实验室检查、影像学检查等服务过程中，逐项填写《孕前优生健康检查技术服务记录册》（见

附件 5)。要保护服务对象隐私，对受检者个人信息严格保密。

#### （四）体格检查

按常规操作完成男女双方体格检查。包括常规体检，如身高、体重、血压、心率等测量，甲状腺触诊、心肺听诊、肝脏脾脏触诊、四肢脊柱检查等操作；进行男、女生殖系统专科检查。

#### （五）临床实验室检查

实验室检查：共 9 项。包括血常规、尿常规、阴道分泌物检查（含白带常规、淋球菌和沙眼衣原体检测），血型（含 ABO、Rh）、血糖、肝功能（谷丙转氨酶）、乙型肝炎血清学五项检测，肾功能（肌酐）、甲状腺功能（促甲状腺激素）等检查。

病毒筛查等：共 4 项。包括风疹病毒、巨细胞病毒、弓形体、梅毒螺旋体等感染检查。

#### （六）影像学检查

影像学检查 1 项。妇科超声常规检查主要观测子宫和附件形态、大小、内部回声、位置及毗邻关系、活动程度等。

其他检查如胸部 X 线、精液检查，地中海贫血等遗传性疾病筛查、染色体核型等特殊检查，各地根据需要自行确定。

#### （七）风险评估

对所获得的计划怀孕夫妇双方的病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查结果进行综合分析，识别和评估夫妇存在的可能导致出生缺陷等不良妊娠结局的遗传、环境、心理和行为等方面的风险因素，形成评估建议。

依据评估结果，将受检夫妇区分为一般人群和高风险人群。

一般人群：指经评估未发现可能导致出生缺陷等不良妊娠结局

风险因素的计划怀孕夫妇。

高风险人群: 指经评估发现一个或多个方面有异常的计划怀孕夫妇。

根据每一位受检者检查结果, 填写《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》( 见附件 6 ), 注明评估建议。对于未发现风险因素的计划怀孕夫妇, 建议定期接受健康教育与指导; 对于仅一方接受检查评估、未发现风险因素的计划怀孕夫妇, 建议另一方尽快前来接受孕前优生健康检查; 对于发现风险因素的计划怀孕夫妇, 建议接受进一步咨询、查治和转诊, 必要时建议暂缓怀孕。

#### (八) 咨询指导

将检查结果及评估建议告知受检夫妇, 送交《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》。遵循普遍性指导和个性化指导相结合的原则, 为夫妇提供针对性的孕前优生咨询和健康指导。

##### 1. 普遍性指导

对风险评估未发现异常的计划怀孕夫妇, 即一般人群, 告知可以准备怀孕, 并给予普遍性健康指导。指导内容主要包括:

(1) 制定妊娠计划。建议有准备、有计划的妊娠, 避免大龄生育, 介绍计划受孕方法和避孕措施;

(2) 合理营养。平衡膳食, 适当增加肉、蛋、奶、蔬菜、水果摄入, 保证营养均衡, 根据情况科学地补充营养素及微量元素;

(3) 积极预防慢性疾病和感染性疾病;

(4) 谨慎用药, 计划受孕期间尽量避免使用药物;

(5) 避免接触生活及职业环境中的有毒有害物质(如放射线、高温、铅、汞、苯、甲醛、农药等), 避免密切接触家畜, 不养宠

物；

（6）保持健康的生活方式和行为；

（7）保持心理健康；

（8）告知早孕征象和孕早期保健要点；

（9）告知妇女妊娠 12 周内，主动与乡级计划生育技术服务机构联系，并接受随访和指导；

（10）告知若接受孕前优生健康检查 6 个月或更长时间后仍未怀孕，夫妇双方应共同接受进一步咨询、检查和治疗；

（11）告知妇女分娩后 6 周内或其他妊娠结局结束后 2 周内，主动与乡级计划生育技术服务机构联系，并接受随访和指导。

## 2. 个性化咨询指导

对风险评估为高风险的计划怀孕夫妇，进行面对面咨询，给予个性化指导。在普遍性指导的基础上，告知存在的风险因素及可能给后代带来的危害，提出进一步诊断、治疗或转诊的建议和干预措施，必要时建议暂缓怀孕。指导内容主要包括：

（1）及时治疗和控制慢性疾病、感染性疾病；

（2）合理调整药物，病情需要时避免使用可能影响胎儿正常发育的药物；

（3）改变不良生活习惯，戒除毒、麻药品，改变吸烟、饮酒行为，调整饮食结构，适当运动；

（4）脱离接触物理、化学等有毒有害物质（如放射线、高温、铅、汞、苯、农药等）的工作及生活环境，远离家畜、宠物；

（5）接受心理咨询和辅导，缓解精神压力，消除不良情绪；

（6）对于特定病毒易感人群，指导接种风疹、乙肝等疫苗；

(7) 对于有高遗传风险的夫妇，指导接受遗传咨询、产前筛查和诊断；

(8) 必要时接受进一步检查、治疗和转诊。

若计划怀孕夫妇不愿接受上述建议和干预措施，应在《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》中注明“未接受医学建议，尊重受检者意愿。”

在基本信息和病史收集阶段，及获知体格检查、临床实验室检查、妇科超声检查等结果时，应及时针对已发现的风险因素，对计划怀孕夫妇进行指导和干预，不必等待所有检查项目完成。

### (九) 早孕及妊娠结局追踪随访

#### 1. 早孕追踪随访

对所有接受孕前优生健康检查的妇女，应及时准确了解怀孕信息，在怀孕 12 周内进行早孕随访，并作相应记录。随访内容包括：

(1) 通过询问末次月经日期、尿妊娠试验、B 超检查确定宫内妊娠；

(2) 了解夫妇孕前优生健康检查各项干预措施依从情况；

(3) 告知孕期注意事项和产前检查的时间，给予必要的健康指导和咨询，建议定期接受孕期保健。

逐项填写《早孕随访记录表》(见附件 7)。已在乡级及以上计划生育技术服务机构或医疗机构确诊早孕者，将检查结果转录至《早孕随访记录表》，无需重复检查。怀孕 12 周内未及时随访的妇女，应在孕中期及早随访。

#### 2. 妊娠结局追踪随访

了解孕妇妊娠结局，收集出生缺陷等不良妊娠结局相关信息，



为评估服务效果、提高服务质量提供基础资料。

所有接受孕前优生健康检查并妊娠的妇女，分娩后 6 周内或其他妊娠结局结束后 2 周内，由专人负责随访，记录妊娠结局。妊娠结局包括正常活产、流产、早产、引产、死胎死产、低出生体重、出生缺陷等。可依据《出生医学证明》、《医学诊断证明书》等医疗文书填写《妊娠结局记录表》（见附件 8）。如有出生缺陷，填写或从医疗机构转录《出生缺陷儿登记表》（见附件 9）。指导夫妇落实避孕措施，告知产后保健和新生儿保健注意事项。

高度重视高风险人群早孕随访和指导，指导高风险人群接受产前筛查及产前诊断，并及时了解情况，重点做好妊娠结局随访。

#### **四、服务机构与人员要求**

##### **（一）服务机构要求**

1. 孕前优生健康检查由县级计划生育技术服务机构承担，并须取得《计划生育技术服务机构执业许可证》和《医疗机构执业许可证》。县级计划生育技术服务机构不具备《医疗机构执业许可证》的，可委托同级医疗卫生机构承担。

2. 乡级计划生育技术服务机构配合指定的县级服务机构开展相关服务，主要承担健康教育、采集基本信息、病史询问、一般人群咨询指导、早孕及妊娠结局随访等任务。有条件的乡级计划生育技术服务机构可以承担部分临床检查项目。

3. 村级计划生育服务室收集辖区内计划怀孕的夫妇信息，协助县乡服务机构开展健康教育，组织符合条件的计划怀孕夫妇自愿到提供孕前优生健康检查的服务机构接受检查。收集报告早孕及妊娠结局线索。

## （二）房屋及设备要求

1. 从事孕前优生健康检查的服务机构应设置健康教育室（人口学校）、咨询指导室、女性检查室、男性检查室、检验室、超声检查室、档案室等科室。女性检查室、男性检查室应分隔为接诊区和检查区，检验室需设置抽血处，合理设置清洁区、半污染区和污染区。各科室配备必需的基本设备和设施。重视标本采集、运输、储存和检验所需真空采血管、血液运输箱、加样枪、排枪、医用冰箱等装备配置（见附件10）。

2. 孕前优生健康检查服务环境应整洁、安静、温馨，方便群众，有利于保护服务对象的隐私。各科室应布局合理，符合消毒隔离要求，防止交叉感染。

## （三）人员要求

1. 从事健康教育的人员应为接受过相关业务培训的医护人员。

2. 从事病史询问、体格检查、B超和咨询指导的人员须具备执业医师或执业助理医师资质并经培训合格。

3. 从事风险评估、高风险人群优生咨询指导的人员必须取得主治医师及以上技术职称。

4. 临床实验室专业技术人员应当具有相应的专业学历和资质，并须接受省级以上人口和计划生育行政部门或卫生行政部门培训合格。

5. 从事孕前优生健康检查的服务机构应根据实际需要，配备足够数量、符合要求的男、女孕前优生健康检查医师、注册护士、合格的临床实验室专业技术人员和经过培训的健康教育、风险评估

和咨询指导人员。

## 五、服务流程

### （一）县乡共同服务流程

县级计划生育技术服务机构利用计划生育流动服务车携带相关设备深入乡（镇），在乡级计划生育技术服务机构为计划怀孕夫妇提供孕前优生健康检查。服务流程如下。

1. 村级计划生育专干入户发放健康教育资料，协助县乡专业技术人员开展健康教育，告知孕前优生健康检查的重要意义，组织符合条件的计划怀孕夫妇自愿到乡级服务机构接受检查。

2. 乡级计划生育技术服务机构配合县级计划生育技术服务机构开展孕前优生健康检查，为计划怀孕夫妇提供健康教育，签订《免费孕前优生健康检查知情同意书》。收集夫妇基本信息和病史信息，填写《孕前优生健康检查技术服务记录册》表1，以及表2和表3中“一般情况”，与《知情同意书》一同交县级计划生育技术服务机构。配合县级技术服务人员采集血、尿、阴道分泌物等标本。

3. 县级计划生育技术服务机构在乡级开展健康教育、签订知情同意书、基本信息和病史询问基础上，为计划怀孕夫妇提供体格检查、B超检查，血、尿、白带常规检查以及淋球菌、沙眼衣原体感染等检查。将其余血液标本予以相应处理，带回县级服务机构进行相关临床实验室检查。填写完成《孕前优生健康检查技术服务记录册》表2和表3。

4. 县级计划生育技术服务机构根据检查结果，区分一般人群和高风险人群，填写《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》。

《告知书》共三联，县、乡服务机构及受检者本人各存一份。一般

人群《告知书》由县或乡级服务机构送交受检者本人签收，并给予相应的优生咨询指导。高风险人群《告知书》，由县级服务机构直接送交受检者本人签收，进行面对面优生咨询，指导进一步检查、治疗或转诊。咨询指导人员告知计划怀孕夫妇怀孕后主动联系乡级计划生育技术服务机构接受早孕指导和随访。

5. 开展早孕及妊娠结局随访。村级计划生育专干收集妇女早孕及妊娠结局线索，报告乡级计划生育技术服务机构进行随访。乡级服务机构根据随访结果填写《早孕随访记录表》及《妊娠结局记录表》、《出生缺陷儿登记表》，全部完成后交至县级计划生育技术服务机构。乡级服务机构将异常早期妊娠、不能确认的疑似不良妊娠结局报告县级计划生育技术服务机构，由县级技术服务人员随访记录，必要时组织专家会诊核实或转到医疗机构确诊。

6. 孕前优生健康检查记录应做到一家一档。所有的孕前优生健康检查服务记录文书，包括《免费孕前优生健康检查知情同意书》、《孕前优生健康检查技术服务记录册》、《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》、《早孕随访记录表》、《妊娠结局记录表》和《出生缺陷儿登记表》均由县级计划生育技术服务机构统一保存。

县乡共同服务流程图见附件 11。

## （二）县级直接服务流程

计划怀孕夫妇直接到县级计划生育技术服务机构接受孕前优生健康检查的，服务流程如下。

县级计划生育技术服务人员为计划怀孕夫妇提供健康教育，签订知情同意书。收集夫妇基本信息和病史信息，提供体格检查、临床实验室检查、B 超等孕前医学检查。综合分析问诊和医学检查结

果，评估风险因素，区分高风险人群和一般人群。填写相关医学文书。

县级计划生育技术服务人员负责高风险人群优生咨询指导，一般人群转由乡级计划生育技术服务人员给予相应优生咨询指导。

乡级计划生育技术服务机构在村级计划生育专干的配合下，承担早孕随访及妊娠结局随访。发现异常早期妊娠、不能确认的疑似不良妊娠结局，报告县级计划生育技术服务机构进行相应处置。

县级直接服务流程图见附件 12。

## **六、质量管理**

### **（一）服务质量管理**

从事孕前优生健康检查的服务机构要建立健全各项质量管理制度，制定岗位职责。定期开展人员培训、业务学习、特殊案例讨论和质量检查，对业务数据和指标进行分析总结，加强质量控制，提高健康教育、病史询问、医学检查、风险评估和咨询指导准确性。建立转诊制度，将经孕前优生健康检查不能确诊的对象，转至上级计划生育技术服务机构或医疗卫生机构。

### **（二）实验室质量管理**

1. 从事孕前优生健康检查的临床实验室应当建立检验前质量保证措施，制定受检者准备、标本采集、标本储存、标本运送、标本接收等标准操作规程。尽量使用有盖容器采集、运送标本，防止运送途中标本外溢、蒸发和污染。血液标本应配备冷藏设备，在 2～8℃条件下运送。标本运送和接收由专人负责。

2. 临床检验项目应按规范的检验方法进行，使用的仪器、试剂和耗材应当经食品药品监督管理部门批准。临床检验人员应严守

操作规程，出具规范的检验报告。建立临床检验报告发放制度，保证临床检验的准确、及时和信息完整，保护受检者隐私。临床检验报告内容包括：

- （1）实验室名称、受检者姓名、性别、年龄；
- （2）检验项目、检验结果及单位、参考范围；
- （3）操作者姓名、审核者姓名、标本接收时间、报告时间等。

3. 设专人负责临床检验质量管理。按照《临床实验室定量测定室内质量控制指南》（GB/T 20468-2006）开展室内质量控制，按照《临床实验室室间质量评价要求》（GB/T 20470-2006）定期参加室间质量评价。建立质量管理记录，包括标本接收、标本储存、标本处理、仪器和试剂及耗材使用情况、校准、室内质控、室间质评、检验结果、报告发放等内容。质量管理记录保存期限至少为 2 年。

4. 重视实验室生物安全，设专人负责临床实验室安全管理。按照《病原微生物实验室生物安全管理条例》、《生物安全实验室建筑技术规范》（GB 50346-2004）、《微生物和生物医学实验室生物安全通用准则》（WS233-2002）设定实验室环境、空间、流程。建立并严格遵守生物安全管理制度与安全操作规程。

### （三）医疗废物管理

按照《医疗废物管理条例》妥善处理医疗废物。医疗废物应按照国家类别分置于防渗漏、防锐器穿透的专用包装物或者密闭的容器内，并有明显的警示标识和警示说明。医疗废物中的生物标本应消毒后送专业机构集中处置或集中填埋。使用后的一次性医疗器械应及时焚烧，不能焚烧的应消毒并做毁形处理后送专业机构集中处置或集中填埋。产生的污水应经消毒处理后方可排放。安排专人做好

医疗废物管理和转运工作，记录医疗废物的来源、种类、重量或者数量、交接时间、最终去向等内容，登记资料至少保存 3 年。

#### （四）信息资料管理

1. 建立孕前优生健康检查资料档案。各试点县、乡均要指定项目信息员，专项负责孕前优生健康检查全程信息数据录入及信息管理工作。定期统计分析孕前优生健康检查人数、检查结果、早孕及妊娠结局追踪随访等全程数据信息，根据要求签章上报。试点地区服务机构应尽快实行电子化管理。国家人口计生委统一组织设计《国家免费孕前优生健康检查服务信息管理系统》等软件，统一建立数据库。各级服务机构要加快信息化建设水平，提高信息化管理能力。

2. 从事孕前优生健康检查的服务机构应建立“优生健康教育活动登记本”、“孕前优生健康检查登记本”、“高风险人群评估及咨询指导记录本”、“孕前优生健康检查转诊登记本”、“早孕随访登记本”、“妊娠结局随访记录本”等原始本册，并根据记录，及时总结经验，查找问题。

3. 《孕前优生健康检查技术服务记录册》、《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》是提供孕前优生健康检查服务过程的原始记录，应逐项完整认真填写，妥善保存，并注意保护个人隐私。《免费孕前优生健康检查知情同意书》、《孕前优生健康检查技术服务记录册》、《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》、《早孕随访记录表》、《妊娠结局记录表》、《出生缺陷儿登记表》等应至少保存 15 年。

- 附件：
1. 基本服务内容
  2. 服务内容示意图
  3. 优生知识讲座记录表
  4. 知情同意书
  5. 技术服务记录册
  6. 检查结果及评估建议告知书
  7. 早孕随访记录表
  8. 妊娠结局记录表
  9. 出生缺陷儿登记表
  10. 科室及设备一览表
  11. 县乡共同服务流程图
  12. 县级直接服务流程图
  13. 技术服务文书使用说明

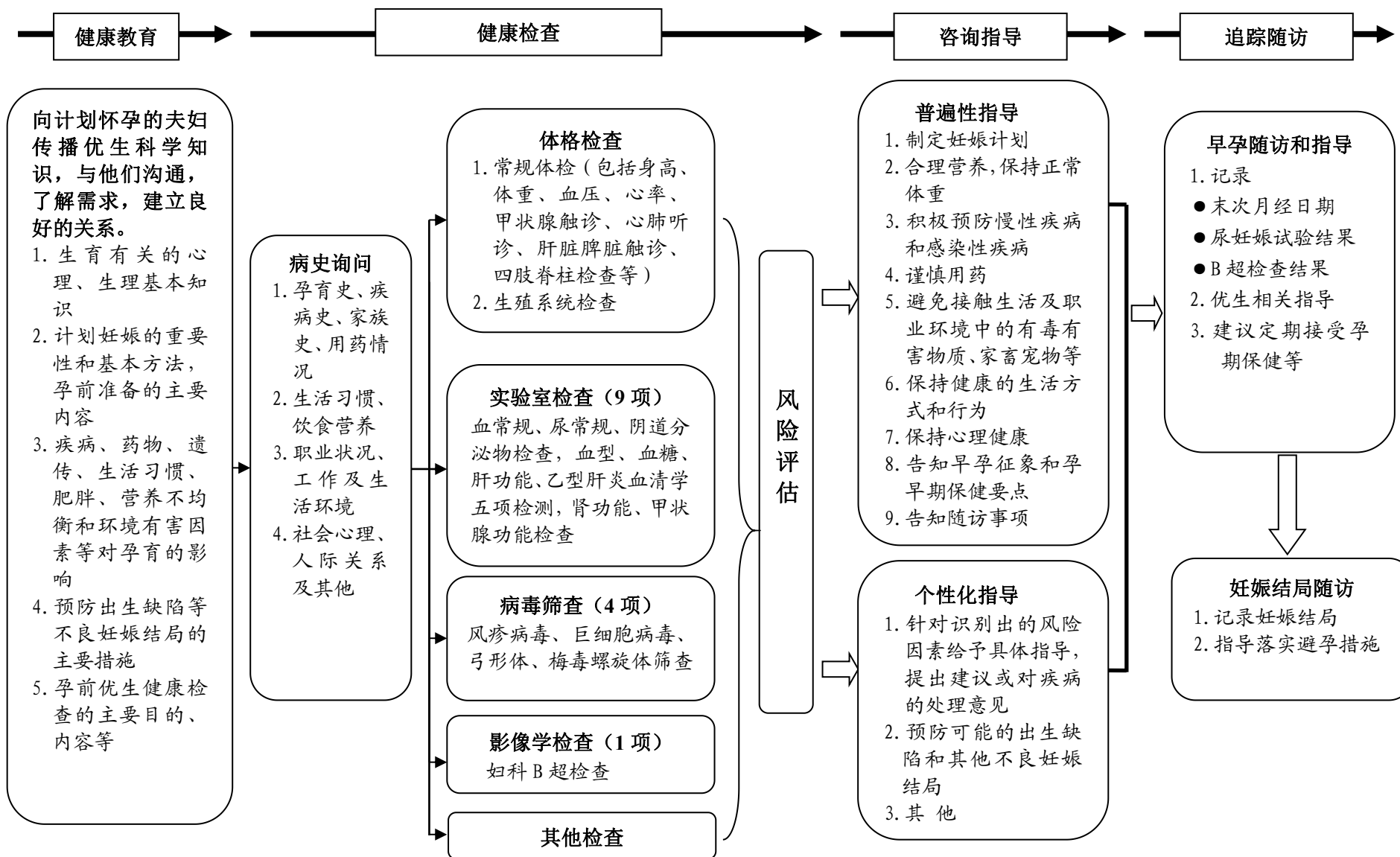


## 附件 1

## 孕前优生健康检查基本服务内容

| 序号  | 项 目  |   | 女性 | 男性 | 目 的                       | 意 义   |
|-----|--|---|----|----|---------------------------|---|
| 1*  | 优生健康教育                                     |   | ✓  | ✓  | 建立健康生活方式，提高风险防范意识和参与自觉性   | 规避风险因素  |
| 2*  | 病史询问（了解孕育史、疾病史、家族史、用药情况、生活习惯、饮食营养、环境危险因素等） |   | ✓  | ✓  | 评估是否存在相关风险                | 降低不良生育结局风险  |
| 3*  | 体格检查                                       | 常规检查（包括身高、体重、血压、心率、甲状腺触诊、心肺听诊、肝脏脾脏触诊、四肢脊柱检查等） | ✓  | ✓  | 评估健康状况，发现影响优生的相关因素        | 减少影响受孕及导致不良妊娠结局的发生风险                                |
|     |  | 女性生殖系统检查                                      | ✓  |    | 检查双方有无生殖系统                |   |
|     |  | 男性生殖系统检查                                      |    | ✓  | 疾病                        |   |
|     |  |   |    |    |                           |   |
| 4   | 阴道分泌物                                      | 白带常规检查  | ✓  |    | 筛查有无阴道炎症                  | 减少宫内感染  |
|     |  | 淋球菌检测   | ✓  |    | 筛查有无感染                    | 减少流产、早产、死胎、胎儿宫内发育迟缓等                                |
|     |  | 沙眼衣原体检测                                       | ✓  |    |                           |   |
|     |  |   |    |    |                           |   |
| 5   | 实验室检查项                                     | 血液常规检验（血红蛋白、红细胞、白细胞及分类、血小板）                   | ✓  |    | 筛查贫血、血小板减少等               | 减少因重症贫血造成的胎儿宫内发育迟缓；减少因血小板减少造成的新生儿出血性疾病              |
| 6   |  | 尿液常规检验  | ✓  | ✓  | 筛查泌尿系统及代谢性疾病              | 减少生殖道感染、宫内感染、胎儿死亡和胎儿宫内发育迟缓                          |
| 7   |  | 血型（包括ABO血型和Rh阳/阴性）                            | ✓  | ✓  | 预防血型不合溶血                  | 减少胎儿溶血导致的流产、死胎死产、新生儿黄疸等                             |
| 8   |  | 血清葡萄糖测定                                       | ✓  |    | 糖尿病筛查                     | 减少流产、早产、胎儿畸形等风险                                     |
| 9   |  | 肝功能检测（谷丙转氨酶）                                  | ✓  | ✓  | 评估是否感染及肝脏损伤情况             | 指导生育时机选择；减少母婴传播                                     |
| 10  |  | 乙型肝炎血清学五项检测                                   | ✓  | ✓  |                           |   |
| 11  |  | 肾功能检测（肌酐）                                     | ✓  | ✓  | 评价肾脏功能                    | 指导生育时机选择；减少胎儿宫内发育迟缓                                 |
| 12  |  | 甲状腺功能检测（促甲状腺激素）                               | ✓  |    | 评价甲状腺功能                   | 指导生育时机选择；减少流产、早产、胎儿宫内发育迟缓、死胎死产、子代内分泌及神经系统发育不全、智力低下等 |
| 13  |  | 梅毒螺旋体筛查                                       | ✓  | ✓  | 筛查有无梅毒感染                  | 减少流产、死胎死产、母婴传播                                      |
| 14  |  | 风疹病毒IgG抗体测定                                   | ✓  |    | 发现风疹病毒易感个体                | 减少子代先天性风疹综合征：先天性心脏病、耳聋、白内障、先天性脑积水等                  |
| 15  | 病毒筛查4项                                     | 巨细胞病毒IgM抗体和IgG抗体测定                            | ✓  |    | 筛查巨细胞病毒感染状况               | 减少新生儿耳聋、智力低下、视力损害、小头畸形等                             |
| 16  |  | 弓形体IgM和IgG抗体测定                                | ✓  |    | 筛查弓形体感染状况                 | 减少流产、死胎、胎儿宫内发育迟缓等                                   |
| 17  | 影像1项                                       | 妇科超声常规检查                                      | ✓  |    | 筛查子宫、卵巢异常                 | 减少不孕、流产及早产等不良妊娠结局                                   |
| 18* | 风险评估和咨询指导                                  |   | ✓  | ✓  | 评估风险因素，健康促进，指导落实预防措施，降低风险 | 减少出生缺陷发生，提高出生人口素质                                   |
| 19* | 早孕和妊娠结局追踪随访                                |   | ✓  |    | 了解早孕及妊娠结局相关信息，做好相关指导和服务   | 降低出生缺陷发生风险  |

## 孕前优生健康检查服务内容示意图



优生知识讲座记录表

(第 期)

填表机构: \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| 时间:        年        月        日  |
| 地点:   |
| 主讲人:  |
| 主题及内容:  |
| 参加人数:   |
|   |
| 保存档案种类 (打“√”, 存档材料请附后):<br><br><div><input type="checkbox"/>计划怀孕夫妇签到表    <input type="checkbox"/>讲义    <input type="checkbox"/>优生知识答卷<br/><input type="checkbox"/>优生科普专题片        <input type="checkbox"/>优生知识读本    <input type="checkbox"/>活动现场照片<br/><input type="checkbox"/>其他_____</div> |

填表人 ( 签字 ):

填表时间: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 免费孕前优生健康检查知情同意书

为了您将来的宝宝更加健康、您的家庭更加幸福，政府为符合生育政策、计划怀孕的农村夫妇免费提供一次孕前优生健康检查。

孕前优生健康检查建议在计划受孕前 4-6 个月内进行，内容包括优生健康教育、病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导等服务，主要目的是查找可能导致出生缺陷等不良妊娠结局的风险因素，有助于夫妇了解双方的健康状况，得到较为全面的健康指导，使计划怀孕夫妇在良好的心理、生理状态下受孕，积极预防出生缺陷的发生，帮助夫妇实现生育一个健康宝宝的美好愿望。

孕前优生健康检查针对众多孕前风险因素中较重要或较常见的因素进行检查，各项检查结果反映的是夫妇双方现阶段身体状况。由于怀孕、胎儿生长发育是一个复杂的生理过程，还会存在其他不确定因素，因此尽管此次检查结果正常，或者发现风险因素采取相关预防措施后，仍有生育出生缺陷儿及发生其他不良妊娠结局（自然流产、死胎、死产等）的可能，怀孕后仍需定期接受孕期检查和保健。

如果您愿意参加本次检查，请在知情同意书上签名。您的个人信息将会得到严格保密。

对上述情况，本人完全理解。经认真考虑，本人同意接受免费孕前优生健康检查，并愿意和能够按要求接受随访服务。

夫妇签名：丈夫\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

妻子\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

服务人员签名：\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

孕前优生健康检查技术服务记录册

县级服务机构: \_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_县(市、区) \_\_\_\_\_  
乡级服务机构: \_\_\_\_\_省 \_\_\_\_\_县(市、区) \_\_\_\_\_乡(镇) \_\_\_\_\_

表 1 基础信息

丈夫姓名\_\_\_\_\_ 民族\_\_\_\_\_ 出生年月\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 文化程度\_\_\_\_\_  
身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□  
职业 ☐ 1 农民 2 工人 3 服务业 4 经商 5 家务 6 教师/公务员/职员 7 其他\_\_\_\_\_  
户口所在地属 \_\_\_\_\_省\_\_\_\_市(州) \_\_\_\_\_县(市、区) \_\_\_\_\_乡(镇) \_\_\_\_\_村(居)  
户口性质 ☐ 1 农业户口(含界定为农村居民者) 2 非农业户口

妻子姓名\_\_\_\_\_ 民族\_\_\_\_\_ 出生年月\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 文化程度\_\_\_\_\_  
身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□  
职业 ☐ 1 农民 2 工人 3 服务业 4 经商 5 家务 6 教师/公务员/职员 7 其他\_\_\_\_\_  
户口所在地属 \_\_\_\_\_省 \_\_\_\_\_市(州) \_\_\_\_\_县(市、区) \_\_\_\_\_乡(镇) \_\_\_\_\_村(居)  
户口性质 ☐ 1 农业户口(含界定为农村居民者) 2 非农业户口  
妻子现住址\_\_\_\_\_省\_\_\_\_市(州) \_\_\_\_\_县(市、区) \_\_\_\_\_乡(镇) \_\_\_\_\_村(居)  
邮编\_\_\_\_\_ 结婚时间\_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_

填写日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 医师签名: \_\_\_\_\_

## 表 2 孕前检查表（妻子）

### 一般情况

#### 疾病史

是否患有或曾经患过以下疾病（可多选）

- ☐ 否      ☐ 贫血      ☐ 高血压      ☐ 心脏病      ☐ 糖尿病  
☐ 癫痫      ☐ 甲状腺疾病      ☐ 慢性肾炎      ☐ 肿瘤      ☐ 结核  
☐ 乙型肝炎      ☐ 淋病/梅毒/衣原体感染等      ☐ 精神心理疾患等

是否患有出生缺陷,如先天畸形、遗传病等:

- ☐ 无      ☐ 有,注明具体病名\_\_\_\_\_

是否有以下妇科疾病（可多选）

- ☐ 否      ☐ 子宫附件炎症      ☐ 不孕不育症      ☐ 其他\_\_\_\_\_

#### 用药史

目前是否服药

- ☐ 否      ☐ 是, 药物名称\_\_\_\_\_

是否注射过疫苗（可多选）

- ☐ 否      ☐ 风疹疫苗      ☐ 乙肝疫苗      ☐ 其他\_\_\_\_\_

现用避孕措施或目前终止避孕者原避孕措施

- ☐ 从未采用      ☐ 宫内节育器      ☐ 皮下埋植剂      ☐ 口服避孕药      ☐ 避孕套  
☐ 外用药      ☐ 自然避孕      ☐ 其他\_\_\_\_\_

避孕措施持续使用时间: \_\_\_\_\_月      目前终止避孕者原避孕措施停用时间\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

#### 孕育史

初潮年龄\_\_\_\_\_岁      末次月经\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

月经周期是否规律      ☐ 否      ☐ 是 (经期\_\_\_\_\_天 周期\_\_\_\_\_天)

月经量      ☐ 多      ☐ 中      ☐ 少

痛经      ☐ 无      ☐ 轻      ☐ 重

是否曾经怀孕

- ☐ 无      ☐ 有: 怀孕\_\_\_\_\_次 活产\_\_\_\_\_次 (足月活产\_\_\_\_\_次, 早产\_\_\_\_\_次)

是否有以下不良妊娠结局（可多选）

- ☐ 无      ☐ 死胎死产\_\_\_\_\_次      ☐ 自然流产\_\_\_\_\_次      ☐ 人工流产\_\_\_\_\_次

是否分娩过出生缺陷儿（如畸形儿、遗传病、唐氏综合征）

- ☐ 无      ☐ 是, 病种\_\_\_\_\_详细情况\_\_\_\_\_

现有子女数\_\_\_\_\_人      子女身体状况      ☐ 健康      ☐ 疾病, 注明具体病名\_\_\_\_\_

## 家族史

夫妻是否近亲结婚

☐ 无 ☐ 是, 请注明何种血缘关系 \_\_\_\_\_

祖父母/外祖父母、父母两代家族内近亲结婚史

☐ 无 ☐ 是, 请注明何种血缘关系 \_\_\_\_\_

家族成员是否有人患以下疾病 (可多选)

☐ 无 ☐ 地中海贫血 ☐ 白化病 ☐ 血友病 ☐ G6PD 缺乏症

☐ 先天性心脏病 ☐ 唐氏综合征 ☐ 糖尿病 ☐ 先天性智力低下

☐ 听力障碍 (10 岁以内发生) ☐ 视力障碍 (10 岁以内发生)

☐ 新生儿或婴幼儿死亡 ☐ 其他出生缺陷 \_\_\_\_\_

患者与本人关系 \_\_\_\_\_

## 饮食营养、生活习惯、环境毒害物接触

是否进食肉、蛋类 ☐ 否 ☐ 是

是否厌食蔬菜 ☐ 否 ☐ 是

是否有食用生肉嗜好 ☐ 否 ☐ 是

是否吸烟 ☐ 否 ☐ 是 (每天 \_\_\_\_\_ 支)

是否存在被动吸烟 ☐ 否 ☐ 偶尔 ☐ 经常 (平均每天被动吸烟时间: \_\_\_\_\_ 分钟)

是否饮酒 ☐ 否 ☐ 偶尔 ☐ 经常 (每天 \_\_\_\_\_ ml)

是否使用可卡因等毒麻药品 ☐ 否 ☐ 是 (请注明名称 \_\_\_\_\_)

是否口臭 ☐ 否 ☐ 是

是否牙龈出血 ☐ 否 ☐ 是

生活或工作环境中是否接触以下因素 (可多选)

☐ 否 ☐ 放射线 ☐ 高温 ☐ 噪音 ☐ 有机溶剂 (如新装修、油漆)

☐ 密切接触猫狗等家畜、宠物 ☐ 震动 ☐ 重金属 (铅、汞等) ☐ 农药

☐ 其他 \_\_\_\_\_

## 社会心理因素

是否感到生活/工作压力 ☐ 无 ☐ 很少 ☐ 有一点 ☐ 比较大 ☐ 很大

与亲友、同事的关系是否紧张 ☐ 无 ☐ 很少 ☐ 有一点 ☐ 比较大 ☐ 很大

是否感到经济压力 ☐ 无 ☐ 很少 ☐ 有一点 ☐ 比较大 ☐ 很大

是否做好怀孕准备 ☐ 否 ☐ 是

其他 (请描述) \_\_\_\_\_

询问日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医师签名: \_\_\_\_\_

## 体格检查

身高\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_Kg 体重指数\_\_\_\_\_ 心率\_\_\_\_\_次/分 血压\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

☐精神状态 0 正常 1 异常 (请描述\_\_\_\_\_)

☐智力 0 正常 1 异常 (打√) (☐常识 ☐判断 ☐记忆 ☐计算)

☐五官 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐特殊体态 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

☐特殊面容 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐皮肤毛发 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

☐甲状腺 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐肺部 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

☐心脏节律是否整齐 0 是 1 否\_\_\_\_\_ ☐心脏杂音 0 无 1 有\_\_\_\_\_

☐肝、脾 0 未触及 1 触及\_\_\_\_\_ ☐四肢脊柱 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

其他 (请描述) \_\_\_\_\_

检查日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 医师签名: \_\_\_\_\_

第二性征 ☐阴毛 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐乳房 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

妇科检查 ☐外阴 0 未见异常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐阴道 0 未见异常 1 异常\_\_\_\_\_

☐分泌物 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐宫颈 0 光滑 1 异常\_\_\_\_\_

子宫 ☐大小 0 正常 1 大 2 小 ☐活动 0 好 1 差 ☐包块 0 无 1 有\_\_\_\_\_

☐双侧附件 0 未见异常 1 异常\_\_\_\_\_

检查日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 医师签名: \_\_\_\_\_

## 临床检验

(检验报告附后)

白带检查 ☐线索细胞 0 阴性 1 阳性 9 可疑 ☐念珠菌感染 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐滴虫感染 0 阴性 1 阳性 9 可疑 ☐清洁度 0 I 1 II 2 III 3 IV

☐胺臭味实验 0 阴性 1 阳性 ☐pH 值 0 <4.5 1 ≥4.5

☐淋球菌筛查 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐沙眼衣原体筛查 0 阴性 1 阳性 9 可疑

血细胞分析 Hb\_\_\_\_\_g/L RBC\_\_\_\_\_×10<sup>12</sup>/L PLT\_\_\_\_\_×10<sup>9</sup>/L

WBC \_\_\_\_\_×10<sup>9</sup>/L N \_\_\_\_\_% E \_\_\_\_\_% B \_\_\_\_\_% L \_\_\_\_\_% M \_\_\_\_\_%

☐尿液常规检查 0 未见异常 1 异常\_\_\_\_\_

血型 ☐ABO 1 A 型 2 B 型 3 AB 型 4 0 型 ☐Rh 0 阳性 1 阴性

血糖 \_\_\_\_\_mmol/L

乙肝血清学检查 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐HBs-Ag ☐HBs-Ab ☐HBe-Ag ☐HBe-Ab ☐HBc-Ab



肝肾功能检测 谷丙转氨酶 (ALT) \_\_\_\_\_ U/L 肌酐 (Cr) \_\_\_\_\_ umol/L

甲状腺功能检测 促甲状腺激素 (TSH) \_\_\_\_\_ uIU/ml

☐ 风疹病毒 IgG 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐ 梅毒螺旋体筛查 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐ 巨细胞病毒 IgG 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐ IgM 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐ 弓形体 IgG 0 阴性 1 阳性 9 可疑

☐ IgM 0 阴性 1 阳性 9 可疑

其 他 (请描述) \_\_\_\_\_

检查日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医师签名: \_\_\_\_\_

## 妇科 B 超检查

(B 超图像附后)

☐ 妇科B超检查 0=正常 1=异常 2=不能确定 (选“异常”和“不能确定”请描述) \_\_\_\_\_

妇科 B 超检查号 \_\_\_\_\_

检查日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医师签名: \_\_\_\_\_

## 其他检查

(各地自定检查内容)

主要结果:

检查日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医师签名: \_\_\_\_\_

临床实验室及特殊检查检验报告粘贴处

妇科 B 超图像粘贴处

### 表 3 孕前检查表（丈夫）

#### 一般情况

##### 疾病史

是否患有或曾经患过以下疾病（可多选）

- ☐ 否      ☐ 贫血      ☐ 高血压      ☐ 心脏病      ☐ 糖尿病  
☐ 癫痫      ☐ 甲状腺疾病      ☐ 慢性肾炎      ☐ 肿瘤      ☐ 结核  
☐ 乙型肝炎      ☐ 淋病/梅毒/衣原体感染等      ☐ 精神心理疾患等

是否患有出生缺陷,如先天畸形、遗传病等:

- ☐ 无      ☐ 有, 注明具体病名 \_\_\_\_\_

是否有以下男科疾病（可多选）

- ☐ 否      ☐ 睾丸炎、附睾炎      ☐ 精索静脉曲张      ☐ 不育症      ☐ 腮腺炎  
☐ 其他 \_\_\_\_\_

##### 用药史

目前是否服药

- ☐ 否      ☐ 是, 药物名称 \_\_\_\_\_

是否注射过疫苗（可多选）

- ☐ 否      ☐ 乙肝疫苗      ☐ 其他 \_\_\_\_\_

##### 家族史

祖父母/外祖父母、父母两代家族内近亲结婚史

- ☐ 无      ☐ 是, 请注明何种血缘关系 \_\_\_\_\_

家族成员是否有人患以下疾病（可多选）

- ☐ 无      ☐ 地中海贫血      ☐ 白化病      ☐ 血友病      ☐ G6PD 缺乏症  
☐ 先天性心脏病      ☐ 唐氏综合征      ☐ 糖尿病      ☐ 先天性智力低下  
☐ 听力障碍（10 岁以内发生）      ☐ 视力障碍（10 岁以内发生）  
☐ 新生儿或婴幼儿死亡      ☐ 其他出生缺陷 \_\_\_\_\_

患者与本人关系 \_\_\_\_\_

##### 饮食营养、生活习惯、环境毒害物接触

- 是否进食肉、蛋类      ☐ 否      ☐ 是  
 是否厌食蔬菜      ☐ 否      ☐ 是  
 是否有食用生肉嗜好      ☐ 否      ☐ 是  
 是否吸烟      ☐ 否      ☐ 是（每天 \_\_\_\_\_ 支）  
 是否存在被动吸烟      ☐ 否      ☐ 偶尔      ☐ 经常（平均每天被动吸烟时间： \_\_\_\_\_ 分钟）  
 是否饮酒      ☐ 否      ☐ 偶尔      ☐ 经常（每天 \_\_\_\_\_ ml）

是否使用可卡因等毒麻药品 ☐否 ☐是(请注明名称\_\_\_\_\_)

生活或工作环境中是否接触以下因素(可多选)

☐否 ☐放射线 ☐高温 ☐噪音 ☐有机溶剂(如新装修、油漆)

☐密切接触猫狗等家畜、宠物 ☐震动 ☐重金属(铅、汞等) ☐农药

☐其他\_\_\_\_\_

## 社会心理因素

是否感到生活/工作压力 ☐无 ☐很少 ☐有一点 ☐比较大 ☐很大

与亲友、同事的关系是否紧张 ☐无 ☐很少 ☐有一点 ☐比较大 ☐很大

是否感到经济压力 ☐无 ☐很少 ☐有一点 ☐比较大 ☐很大

是否做好怀孕准备 ☐否 ☐是

其他(请描述)\_\_\_\_\_

询问日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 医师签名: \_\_\_\_\_

## 体格检查

身高\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_Kg 体重指数\_\_\_\_\_ 心率\_\_\_\_\_次/分 血压\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg

☐精神状态 0 正常 1 异常(请描述\_\_\_\_\_)

☐智力 0 正常 1 异常(☐常识 ☐判断 ☐记忆 ☐计算)

☐五官 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐特殊体态 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

☐特殊面容 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐皮肤毛发 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

☐甲状腺 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐肺部 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

☐心脏节律是否整齐 0 是 1 否\_\_\_\_\_ ☐心脏杂音 0 无 1 有\_\_\_\_\_

☐肝、脾 0 未触及 1 触及\_\_\_\_\_ ☐四肢脊柱 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

其他(请描述)\_\_\_\_\_

检查日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 医师签名: \_\_\_\_\_

第二性征 ☐阴毛 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐喉结 0 有 1 无\_\_\_\_\_

男科检查 ☐阴茎 0 未见异常 1 异常\_\_\_\_\_ ☐包皮 0 正常 1 过长 2 包茎

☐睾丸 0 扪及 体积(ml)左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_ 1 左侧未扪及 2 右侧未扪及

☐附睾 0 正常 1 异常\_\_\_\_\_

☐输精管 0 未见异常 1 异常\_\_\_\_\_

☐精索静脉曲张 0 无 1 有(部位\_\_\_\_\_ 程度\_\_\_\_\_)

检查日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 医师签名: \_\_\_\_\_

## 临床检验

### (检验报告附后)

血型 ☐ABO 1 A 型 2 B 型 3 AB 型 4 0 型 ☐Rh 0 阳性 1 阴性  
☐尿液常规检查 0 未见异常 1 异常 \_\_\_\_\_  
☐梅毒螺旋体筛查 0 阴性 1 阳性 9 可疑  
乙肝血清学检查 0 阴性 1 阳性 9 可疑  
☐HBs-Ag ☐HBs-Ab ☐HBe-Ag ☐HBe-Ab ☐HBc-Ab  
肝肾功能检测 谷丙转氨酶(ALT) \_\_\_\_\_ U/L 肌酐(Cr) \_\_\_\_\_ umol/L  
其他(请描述) \_\_\_\_\_

检查日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医师签名: \_\_\_\_\_

## 其他检查

### (各地自定检查内容)

主要结果:

检查日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医师签名: \_\_\_\_\_

临床实验室及特殊检查检验报告粘贴处

孕前优生健康检查结果及评估建议告知书  
(第一联: 交受检者本人)

妻子姓名\_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
丈夫姓名\_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
家庭住址\_\_\_\_\_省(区、市) \_\_\_\_\_县(区) \_\_\_\_\_乡(镇) \_\_\_\_\_村(居委会)

☐1. 在已接受的检查项目中, 暂未发现夫妇双方存在对怀孕不利的风险因素。建议定期接受健康教育与指导。

具体建议: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐2. 夫妇仅一方(妻子/丈夫)接受检查评估。在已接受的检查项目中, 暂未发现存在对怀孕不利的风险因素。建议另一方(妻子/丈夫)尽快前来接受孕前优生健康检查。

具体建议: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐3. 在已接受的检查项目中, 发现对怀孕不利的风险因素, 建议进一步咨询及查治。

具体发现及建议: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| 医师签名: _____    | 日期_____年____月____日 |
| 受检人签名: 妻子_____ | 日期_____年____月____日 |
| 丈夫_____        | 日期_____年____月____日 |

编号: □□□□□□□□□□□□□□

## 孕前优生健康检查结果及评估建议告知书

(第二联: 县级服务机构保存)

妻子姓名\_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_

丈夫姓名\_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_

家庭住址\_\_\_\_\_省(区、市)\_\_\_\_\_县(区)\_\_\_\_\_乡(镇)\_\_\_\_\_村(居委会)

- ☐1. 在已接受的检查项目中, 暂未发现夫妇双方存在对怀孕不利的风险因素。建议定期接受健康教育与指导。

具体建议: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐2. 夫妇仅一方(妻子/丈夫)接受检查评估。在已接受的检查项目中, 暂未发现存在对怀孕不利的风险因素。建议另一方(妻子/丈夫)尽快前来接受孕前优生健康检查。

具体建议: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐3. 在已接受的检查项目中, 发现对怀孕不利的风险因素, 建议进一步咨询及查治。具体发现及建议: \_\_\_\_\_

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

医师签名: \_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

受检人签名: 妻子\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

丈夫\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日



编号: □□□□□□□□□□□□□□□□

## 孕前优生健康检查结果及评估建议告知书

(第三联: 乡级服务机构保存)

妻子姓名\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_

丈夫姓名\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_

家庭住址\_\_\_\_\_省(区、市)\_\_\_\_\_县(区)\_\_\_\_\_乡(镇)\_\_\_\_\_村(居委会)

- ☐1. 在已接受的检查项目中, 暂未发现夫妇双方存在对怀孕不利的风险因素。建议定期接受健康教育与指导。

具体建议: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐2. 夫妇仅一方(妻子/丈夫)接受检查评估。在已接受的检查项目中, 暂未发现存在对怀孕不利的风险因素。建议另一方(妻子/丈夫)尽快前来接受孕前优生健康检查。

具体建议: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐3. 在已接受的检查项目中, 发现对怀孕不利的风险因素, 建议进一步咨询及查治。具体发现及建议: \_\_\_\_\_

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

医师签名: \_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

受检人签名: 妻子\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

丈夫\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 早孕随访记录表

(由县级保存)

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ (周岁) 联系电话 \_\_\_\_\_  
 家庭住址 \_\_\_\_\_ 省 (区、市) \_\_\_\_\_ 县 (市、区) \_\_\_\_\_ 乡 (镇、街) \_\_\_\_\_ 村 (居)  
 随访机构 \_\_\_\_\_ 省 (区、市) \_\_\_\_\_ 县 (市、区) \_\_\_\_\_

末次月经时间 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

☐ 末次月经日期是否准确 0 否 1 是

☐ 服用叶酸及开始时间 0 未服用 1 停经前至少 3 个月 2 停经前 1-2 月 3 停经后

☐ 服用方法 0 未服用 1 规律服用 2 不规律服用

☐ 是否进食肉、蛋类 0 否 1 是

☐ 是否厌食蔬菜 0 否 1 是

☐ 丈夫有吸烟习惯, 是否戒烟 0 不吸烟 1 是 2 减少 3 不变 4 增加

☐ 妇女本人有吸烟习惯, 是否戒烟 0 不吸烟 1 是 2 减少 3 不变 4 增加

☐ 妇女本人有饮酒习惯, 是否戒酒 0 不饮酒 1 是 2 减少 3 不变 4 增加

☐ 停经后是否接触下列有害因素 0 否 1 是 (可多选, 打✓)

☐ 猫、狗 ☐ 农药 ☐ 放射线 ☐ 被动吸烟 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

☐ 停经后是否有下列症状或疾病 0 否 1 是 (可多选, 打✓)

☐ 阴道流血 ☐ 发热 38.5℃ 以上 ☐ 腹泻 ☐ 腹痛 ☐ 流行性感

☐ 病毒性肝炎 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

☐ 停经后是否用过药物 0 否 1 是 (请注明药物名称) \_\_\_\_\_

☐ 确诊早孕机构

1 本机构确诊

2 转录其他机构确诊结果 (☐ 县级以上医疗保健机构 ☐ 县级以上计划生育服务机构

☐ 乡镇卫生院 ☐ 乡级计划生育服务机构

☐ 其他机构 \_\_\_\_\_)

3 其他情况 \_\_\_\_\_

☐ 尿妊娠试验结果 0 未做 1 阳性 2 阴性 3 可疑

☐ B超检查结果 0 未做 1 已妊娠 2 未妊娠 3 不能确定 4 其他

如为不能确定或其他, 请描述 \_\_\_\_\_

☐ 对孕前优生健康检查的评价 0 非常满意 1 满意 2 一般 3 差 4 非常差

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

随访者签名: \_\_\_\_\_

妊娠结局记录表

(由县级保存)

姓名\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ (周岁) 联系电话\_\_\_\_\_

家庭住址\_\_\_\_\_省(区、市)\_\_\_\_\_县(市、区)\_\_\_\_\_乡(镇、街)\_\_\_\_\_村(居)

随访机构\_\_\_\_\_省(区、市)\_\_\_\_\_县(市、区)\_\_\_\_\_

☐ ☐ ☐ 本次妊娠结局 (可多选, 只选一项或两项时从首格填写, 后格空着):

1 正常活产 2 早产 3 低出生体重 4 出生缺陷 (请填写《出生缺陷儿登记表》)

5 自然流产 6 医学性人工流产 7 治疗性引产 8 异位妊娠 9 死胎死产

10 其他\_\_\_\_\_

妊娠结局为 1、2、3、4、7、9 的继续填写以下内容:

☐ 胎婴儿性别 1 男 2 女 3 两性畸形 4 不详

出生体重\_\_\_\_\_克

☐ 是否为多胞胎 1 是 2 否

分娩日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 分娩孕周\_\_\_\_周

分娩地点\_\_\_\_\_省(区、市)\_\_\_\_\_县(市、区)

☐ 分娩机构 1 医疗机构 2 家中 3 其他 (请注明) \_\_\_\_\_

☐ 分娩方式 1 阴道顺产 2 阴道助产 3 剖宫产 4 其他 \_\_\_\_\_

☐ 婴儿 42 天内存活状况

0 非活产 1 存活 2 出生后 7 天内死亡 3 出生后 8-28 天内死亡 4 出生 28 天后死亡

如为多胞胎, 请按此表再次填写婴儿情况。

日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 随访者签名: \_\_\_\_\_

出生缺陷儿登记表

(由县级保存)

|  |                           |                  |
|--|---------------------------|------------------|
| 1. 患儿家庭情况  |                           |                  |
| 父亲 姓名  | 年龄                        | 民族               |
| 母亲 姓名  | 年龄                        | 民族               |
| 孕次   | 产次                        | □常住地 1. 城镇 2. 乡村 |
| 现住址  | 邮编                        | 联系电话             |
| 2. 患儿基本情况  |                           |                  |
| 出生日期   | 性别                        | 出生孕周             |
| 出生体重   | 胎龄数                       |                  |
| □转归 1 存活 2 死胎死产 3 生后 7 天内死亡 4 生后 8~27 天死亡 5 生后 28 天~42 天以内死亡 |                           |                  |
| 诊断依据 □临床 □B 超 □尸解 □甲胎蛋白 染色体 □其它                              |                           |                  |
| □畸形确诊时间 1 产前 2 产后七天内 3 产后七天以上                                |                           |                  |
| 3. 出生缺陷诊断  |                           |                  |
| 01 无脑畸形  | 16 并指左                    |                  |
| 02 脊柱裂   | 并指右                       |                  |
| 03 脑膨出   | 并趾左                       |                  |
| 04 先天性脑积水  | 并趾右                       |                  |
| 05 腭裂  | 17 肢体短缩 (包括缺指 (趾)、裂手 (足)) |                  |
| 06 唇裂  | 上肢左                       |                  |
| 07 唇裂并腭裂   | 上肢右                       |                  |
| 08 小耳 (包括无耳)   | 下肢左                       |                  |
| 09 外耳其他畸形 (小耳、无耳除外)  | 下肢右                       |                  |
| 10 食道闭锁或狭窄   | 18 先天性膈疝                  |                  |
| 11 直肠肛门闭锁或狭窄 (包括无肛)  | 19 脐膨出                    |                  |
| 12 尿道下裂  | 20 腹裂                     |                  |
| 13 膀胱外翻  | 21 联体双胎                   |                  |
| 14 左侧马蹄内翻足   | 22 唐氏综合征 (21-三体综合征)       |                  |
| 右侧马蹄内翻足  | 23 先天性心脏病                 |                  |
| 15 左手多指  | 24 其 他                    |                  |
| 右手多指   | 请写明病名或详细描述:               |                  |
| 左脚多趾   |                           |                  |
| 右脚多趾   |                           |                  |
| 4. 孕早期情况   |                           |                  |
| 患病情况   | 服药情况                      | 接触农药及其它有害因素      |
| □发烧 (>38.5℃)   | □磺胺类 (名称: )               | □农药 (名称: )       |
| □风疹  | □抗生素 (名称: )               | □射线 (类型: )       |
| □巨细胞病毒   | □避孕药 (名称: )               | □酗酒 ( 两/日)       |
| □肝炎 (类型 )  | □镇静药 (名称: )               | □化学制剂 (名称: )     |
| □其他  | □其他                       | □其他              |
| 5. □诊断级别 (1) 省级医院 (2) 地市级医院 (3) 区县级医院 (4) 其他                 |                           |                  |

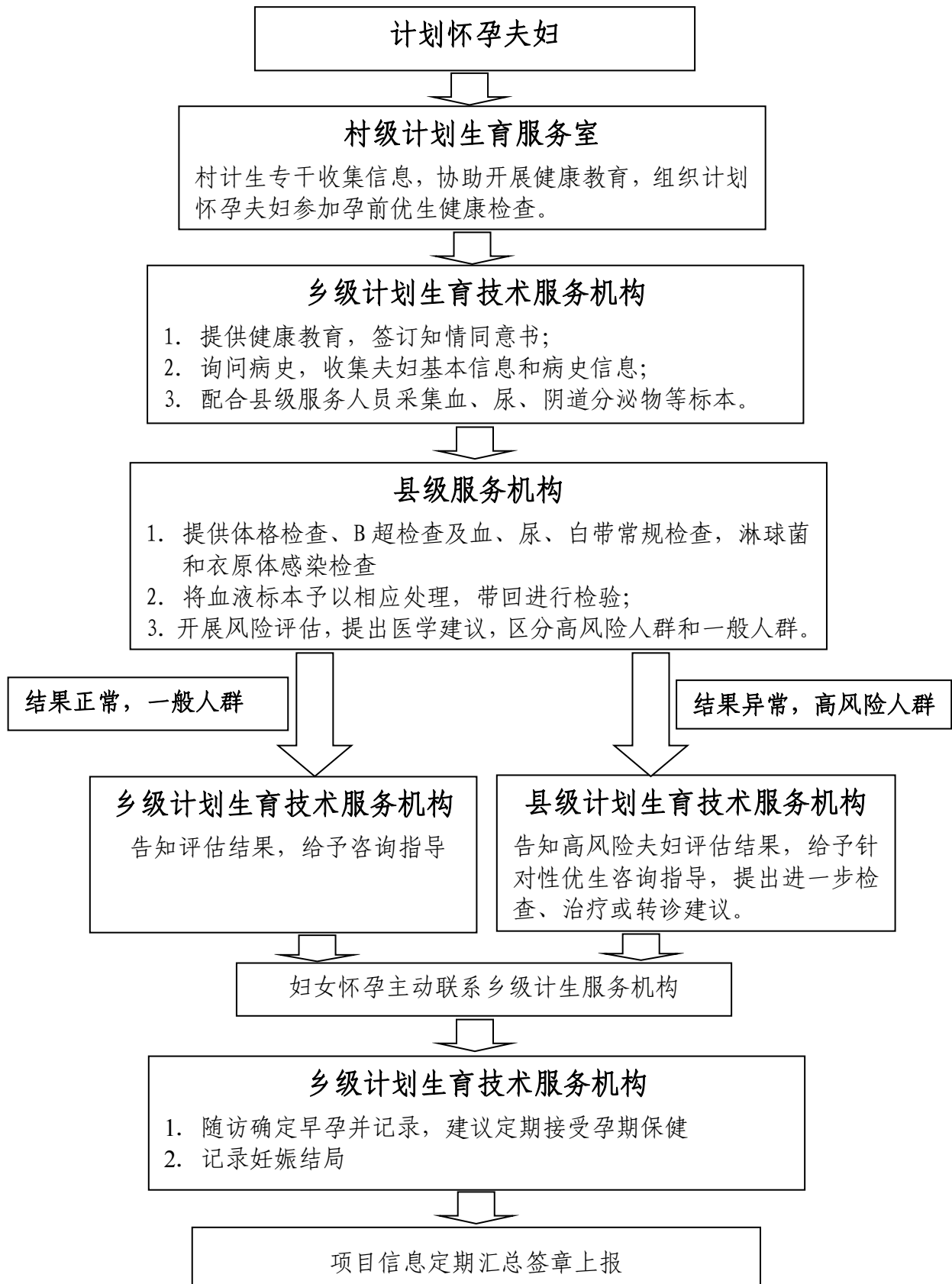
科室及设备一览表

| 编号 | 设置科室  | 设备名称  | 用 途                    |
|----|-------|---|------------------------|
| 1  | 健康教育室 | 挂图、模型、电脑、投影仪、音像设备   | 健康教育、多媒体教学、网络连接、远程医疗服务 |
| 2  | 咨询室   | 桌子、椅子、挂图、图片、模型、宣传折页、常用避孕药具、   | 一般情况了解、咨询、指导           |
| 3  | 女性检查室 | 诊查桌椅、听诊器、血压计、体重计、一般检查床、多功能妇科检查床、器械桌、妇科检查器械、手套、臀垫、屏风、洗手池、污物桶、消毒物品、棉拭子、试管、弯头灯 | 常规检查、妇科检查              |
| 4  | 男性检查室 | 诊查桌椅、听诊器、血压计、体重计、一般检查床、男科检查床、器械桌、睾丸测量用具、手套、屏风、洗手池、污物桶、消毒物品                  | 常规检查、男科检查              |
| 5  | 检验室   | 三分类血细胞分析仪   | 血常规                    |
|    |       | 半自动尿液分析仪  | 尿常规                    |
|    |       | 全自动生化分析仪  | 肝功能、肾功能、血糖等项目的检验。      |
|    |       | 化学发光免疫分析仪   | 甲状腺功能                  |
|    |       | 双目电光显微镜   | 白带镜检                   |
|    |       | 培养箱   | 淋球菌、衣原体培养              |
|    |       | 酶标分析仪   | 各种病毒抗原抗体酶联法筛查          |
|    |       | 洗板机   |                        |
|    |       | 加样枪（移液器）  | 样本处理                   |
|    |       | 排 枪   |                        |
|    |       | 小型离心机   |                        |
|    |       | 真空采血管   | 采集样本                   |
|    |       | 血液运输箱   | 运输样本                   |
|    |       | 医用冰箱  | 保存样本                   |
|    |       | 电 脑   | 检验数据的处理、保存和实验室质量管理     |

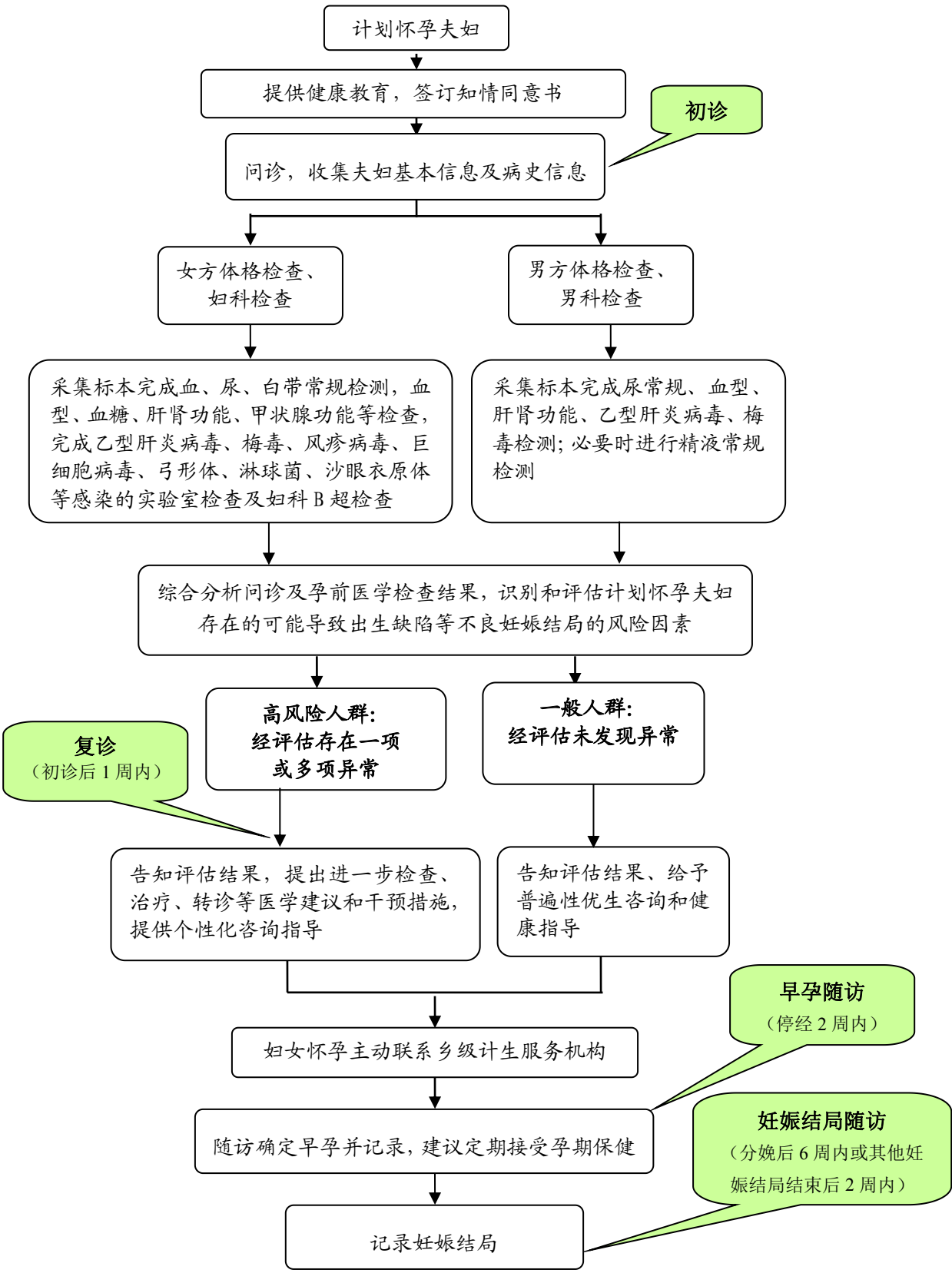
|   |       |              |             |
|---|-------|--------------|-------------|
| 6 | 超声检查室 | 数字化 B 型超声诊断仪 | 妇科常规超声检查    |
|   |       | B 超工作站       | 超声检查分析      |
|   |       | 检查床          | 超声检查        |
| 7 | 档案室   | 电脑及数据库软件     | 电子资料存储、信息上报 |
|   |       | 档案柜          | 纸质资料存储      |

注：各科室应配备消毒物品存放柜、流动水洗手设施、紫外线灭菌灯、污物桶，并做到医疗废物与生活垃圾分开放置。

## 县乡共同服务流程图



# 县级直接服务流程图





## 孕前优生健康检查技术服务文书使用说明

《孕前优生健康检查技术服务记录册》、《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》、《早孕随访表》、《妊娠结局记录表》和《出生缺陷儿登记表》是孕前优生健康检查服务及随访的原始记录，应认真填写，填表要求及说明如下：

### 一、填写要求

（一）如实询问服务对象，开展相关医学检查和随访，依据结果认真填写相关表格，做到不错、不漏、不重。注意复查，认真核对，发现问题，及时更正。

（二）严格遵守保密原则，不得随意泄露服务对象个人信息及检查结果。

（三）一律用蓝色或黑色钢笔填写，要求书写认真，字迹工整清楚。

（四）填写出现笔误时，不要使用涂改液覆盖或用小刀刮除误填的文字或数字，更不要在误填的文字或数字上改写。正确方法应采用红笔，在错误之处划平行的两横线以示删除，在上端写出正确的文字或数字。同时在旁边签名或盖章，写上日期。具体示意如下：

25 李\*\* 2010.5.13

年龄 52 岁

### 二、填写说明

#### （一）填写方法

1. 表中未提示多选的可能只能选一项。有序号选项的，请在题干前方小方格“□”内填写选项序号。

2. 表中提示可多选的，根据实际情况，请在所选内容前方小方格“□”内划“√”。若已选择“否”，则不能同时选择其他选项。

3. 如选项有“\_\_\_\_\_”需根据具体情况在划线上填写文字或数字。要求语言简洁明确，字迹清晰，不能使用杜撰字或同音字。

4. 检查医师签名：医师完成病史询问、体格检查、妇科和男科检查、妇科 B 超检查、临床检验、风险评估、早孕及妊娠结局随访等服务项目后，分别在各自完成的服务项目下端签名栏内签全名，不能采用盖章代替。

#### （二）相关问题

##### 1. 孕前优生健康检查技术服务记录册

###### （1）封面

- 填写单位: 填写提供孕前优生健康检查服务的县级和乡级服务机构名称。
- 出生年月: 按公历填写。
- 文化程度: 受检者受教育程度, 如小学、初中、高中、大学、研究生等。
- 身份证号: 受检者身份证号码, 如为现役军人请填写士兵证或军官证号, 并在号码前注明证件名称。
- 职业: 受检者现从事的职业, 如工人、农民等。如系无业或待业填“无”。
- 民族: 受检者所属民族, 如汉族、回族等。
- 户口性质: 受检者的户口状况, 如农业户口或非农业户口。农业户口包括界定为农村居民的服务对象。
- 妻子现住址: 现住址与身份证地址不一致时, 填写现居住地址。
- 邮编: 现居住地邮政编码。
- 结婚时间: 与现任配偶结婚具体时间
- 联系电话: 单位或家庭电话均可。
- 填写日期: 填写询问“表 1 基础信息”的日期。

## (2) 一般情况部分

- 用药史
  - 避孕措施持续使用时间: 对于目前采用避孕措施者, 填写现用避孕措施持续使用的时间, 以月计算; 已终止避孕者, 填写终止避孕前所采用避孕措施持续使用的时间, 以月计算。从未采取避孕措施者应填写“无”。
  - 停用时间: 填写终止避孕者最后所采用某种避孕措施停用的具体时间, 目前仍采取避孕措施和从未采取避孕措施者无需填写。
- 孕育史
  - 如为原发性闭经在初潮年龄划线上填写“从未来月经”。
  - 怀孕次数: 指以往怀孕过的总次数。
  - 活产次数: 指新生儿娩出时有心跳、脉搏、呼吸等生命征象的所有分娩的总数。
  - 早产次数: 指孕满 28 周但不足 37 周的分娩次数。
  - 死胎死产次数: 指孕满 28 周及以上, 胎死腹中或娩出时无呼吸、无心跳等生命征象的所有分娩的总数。
  - 自然流产: 妊娠不足 28 周, 因自然因素而终止的妊娠。
  - 人工流产: 妊娠 28 周以内, 因意外妊娠、优生或疾病等原因而采用手术方法终止的妊娠。

## ➤ 家族史

- 近亲结婚：近亲包括直系血亲和三代以内的旁系血亲。直系血亲指父母与子女，祖父母与孙子女、外祖父母与外孙子女之间的关系。三代以内的旁系血亲指同胞、叔（伯、姑）与侄（女）、舅（姨）与外甥（女）之间，表兄弟（妹）、堂兄弟（妹）之间的关系。

- 家庭成员患有某种特殊疾病：应注明患者与接受孕前优生健康检查对象的关系。

## （3）体格检查部分

如发现异常应在相应横线上详细描述，但不能将疾病名称作为检查结果填写。  
在体格检查中发现的特殊情况，若体检表中无相应栏目，请在“其他”栏内描述。

## （4）临床检验部分

在临床检查中发现的特殊情况，若体检表中无相应栏目，请在“其他”栏内描述。

若受检者接受基本服务项目以外的其他检查内容，应将相应检查结果填写在“其他检查”下方框内。

将孕前优生健康检查各项检验报告单及其他特殊检查报告共同粘贴在“临床实验室及特殊检查检验报告粘贴处”栏内。

## 2. 检查结果及医学建议告知书

（1）根据检查结果形成评估建议并在相应结果及建议前方小方格“☐”上划“√”。

（2）应在“具体建议”后横线处简明扼要地填写咨询指导内容。咨询指导内容应为针对检查结果所进行的预防、治疗或其他医学措施建议以及针对受检者所提问题的解答。

（3）《孕前优生健康检查结果及评估建议告知书》第二联、第三联应与第一联同样填写，不能漏填。

## 3. 早孕随访记录表

（1）服用方法：每天坚持服用叶酸的选择“规律服用”，其他情况均选择“不规律服用”。

（2）对孕前优生健康检查的评价：服务对象本人对其所接受孕前优生健康检查的满意程度。

## 4. 妊娠结局记录表

### (1) 本次妊娠结局

填写妊娠结局实际情况。可选择多个选项，请从左侧第一个“☐”开始，顺序填写一个或多个妊娠结局。如存在未列出的妊娠结局，请在“其他”后横线处具体注明。

早产：指孕满 28 周但不足 37 周的分娩；

低出生体重：指胎儿出生体重小于 2500 克；

出生缺陷：指婴儿出生前即已存在的身体结构、功能或代谢的异常。包括：无脑畸形、脊柱裂、脑膨出、先天性脑积水、腭裂、唇裂、唇裂并腭裂、小耳（包括无耳）、外耳其它畸形（小耳、无耳除外）、食道闭锁或狭窄、直肠肛门闭锁或狭窄（包括无肛）、尿道下裂、膀胱外翻、马蹄内翻足、多指（趾）、并指（趾）、肢体短缩（包括缺指（趾）、裂手（足））、先天性膈疝、脐膨出、腹裂、联体双胎、唐氏综合征（21-三体综合征）、先天性心脏病等；

自然流产：妊娠不足 28 周，因自然因素而终止的妊娠；

医学性人工流产：妊娠 14 周以内，因优生或疾病等原因而采用手术方法终止的妊娠；

治疗性引产：妊娠 14 周及以上，因优生或疾病等原因而采用手术方法终止的妊娠；

死胎死产：指孕满 28 周及以上，胎死腹中或娩出时无呼吸、无心跳等生命征象的分娩。

(2) 分娩孕周：指妊娠整周数。如妊娠 39 周+6 天，填为 39 周。

### 5. 出生缺陷儿登记表

(1) 根据实际情况填写或从医疗机构转录相关内容；

(2) 常住地：产母常住县辖乡者属“乡村”；其余属“城镇”（包括市辖区、街道、市辖镇、县辖镇）；

(3) 出生缺陷诊断：请在相应出生缺陷名称后面对应的“☐”内划“√”；如同一缺陷儿有多种缺陷，则在每种缺陷对应“☐”内划“√”；如有未列出的缺陷，请写出病名或详细描述其特征；

(4) 孕早期情况：孕早期指妊娠后最初 3 个月。如孕早期有患病、服药、接触农药及其它有害因素，则请在列出的病名、药名、农药及其它有害因素前面的“☐”内划“√”，并请在括号内写出具体名称和接触时间。如有未列出的因素，则在“其他”栏注明；

(5) 诊断级别：填写最终诊断出生缺陷儿的诊断机构的级别。

---

抄送：北京、天津、山西、内蒙古、辽宁、黑龙江、上海、福建、  
江西、海南、西藏、青海、宁夏省（区、市）人口计生委，  
新疆生产建设兵团人口计生委，各试点地区人口计生委，  
各试点县（市、区）人口计生委。

---

国家人口计生委办公厅

2010年5月14日印发

---

校对人：汪丽娟

共印1000份