监测点出生缺陷个案报告卡

20____年____月 1

表　　号：卫健统 80 表
制定机关：国家卫生健康委
批准机关：国家统计局
批准文号：国统制[2021]95 号
有效期至：2024 年 8 月

2

_____省（自治区、直辖市）_____区县_____医院（或 _____街道/乡镇），编码□□□□□□□□□□ 3

基本情况	患儿姓名：4 _____ 性别：1.男 2.女 3.性别不明 4.不详 5 □ 出生日期：_____年_____月_____日 6 出生体重：7 _____克　出生身长：8 _____厘米 患儿结局：1.存活 2.死胎死产 3.0-6 天死亡 4.7-27 天死亡 5.28-42 天死亡 □ 9 若死亡，根本死因为：_____
患儿母亲信息	母亲姓名：10 _____　母亲民族：11 _____ 母亲身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□□□　母亲住院号：13 _____ 母亲出生日期：12 _____年_____月____日或实足年龄___岁（仅无身份证号者填写） 联系电话：14 _____　户籍地址：15 _____ 现住址：_____，已在该地址居住　　年　　月（仅未在户籍地址居住者填写） 本次妊娠期间的常住地为　1.城镇　2.农村 □ 16 文化程度 1.文盲　2.小学　3.初中　4.高中、中专　5.大专及以上 17 □ 产妇异常生育史：1.死胎18 ___例　2.自然流产19 ___例　3.出生缺陷（注明名称及数量）20 ___ 例
患儿家庭情况	家庭年人均收入（元）　□ 21 1.<4000　2.4000～　3.16000～　4.32000～　5.42000～　6.84000～ 家庭遗传史：1.遗传病或出生缺陷名称：_____　2.与患儿亲缘关系：22 _____ 近亲婚配史：1.无　2.有，近亲婚配关系_____ □ 23
孕早期情况	叶酸服用情况：1.未服用 2.未规律服用 3.叶酸 0.4mg/天　4.多种维生素，名称_____ □ 24 患病情况：1. 未患病 2.发烧（>38℃） 3.病毒感染_____ 4.其他疾病_____ □ 25 服药情况（写明名称和剂量）：1.未服药 2.抗生素_____ 3.镇静药_____ 4.其他_____ □ 26 其他有害因素（类型名称及剂量）：1.未接触 2.射线_____3.化学制剂_____4.其他_____ □ 27
本次妊娠情况	孕次：28 _____　产次：29 _____　孩次：30 _____ 受孕方式　1.自然受孕　2.辅助生殖 □ 31 分娩方式　1.阴道分娩　2.剖宫产 □ 32 胎数　1.单胎　2.双胎　3.三胎及以上 □ 33 若双胎或三胎及以上，为　1.同卵　2.异卵 □ 胎龄：34 _____孕周（如不详，为 1.<28 周；2.≥28 周） □ 婚前保健：0.未做　1.正常　2.异常（写明35 _____） □

	孕前保健：0.未做　1.正常　2.异常（写明____36____）　□ 产前筛查项目：____37____ 结果　1.正常　2.异常（写明___38___）　□ 产前诊断项目：____39____ 诊断孕周__40__周；　结果 1.正常 2.异常（写明_____）□ 若异常，诊断处置结果　1.继续妊娠　2.转诊　3.确诊后治疗性引产　4.其他____41____□ 新生儿疾病筛查/手术矫治/其他__42__结果：　1.正常　2.异常（写明___43___）　□
出生缺陷诊断	诊断依据：　1.临床 2.超声 3.生化检查（AFP、HCG 等）4.染色体 5.基因检测 6.尸检 44 7.其他_____　□ 畸形确诊时间：1.产前：妊娠____周 2. 生后：____天　□　45 出生缺陷诊断（可多选）： 01 无脑畸形（Q00）　□ 02 脊柱裂（Q05）□ 03 脑膨出（Q01）　□ 04 先天性脑积水（Q03）□ 05 腭裂（Q35）　左　中　右　□ 06 唇裂（Q36）　左　中　右　□ 07 唇裂合并腭裂（Q37）　左　中　右　□ 08 小耳（包括无耳）（Q17.2，Q16.0）　左　右 □ 09 外耳其他畸形（小耳、无耳除外）（Q17）　左 右 □ 10 食道闭锁或狭窄（Q39）　□ 11 直肠肛门闭锁或狭窄（包括无肛）（Q42）　□ 12 尿道下裂（Q54）□　　出生缺陷诊断 46 13 膀胱外翻（Q64.1）　□ 14 马蹄内翻足（Q66.0）　左　右　□ 15 多指（Q69）　左　右　□ 多趾（Q69）　左　右　□ 16 并指（Q70）　左　右　□ 并趾（Q70）　左　右　□ 17 肢体短缩[包括缺指（趾）、裂手（足）] 上肢（Q71）　左　右　□ 下肢（Q72）　左　右　□ 18 先天性膈疝（Q79.0）　□ 19 脐膨出（Q79.2）　□ 20 腹裂（Q79.3）　□ 21 联体双胎（Q89.4）　□ 22 唐氏综合征（21-三体综合征）（Q90）□ 23 先天性心脏病（Q20-26）　□ 写明类型： 24 其他（写明出生缺陷名称_____）□ 描述临床特征：_____

填报人____47____　　填报日期____48____

填报说明：1.本卡由出生缺陷监测医院或出生缺陷人群监测区县乡镇卫生院/社区卫生服务中心填报。

2.统计范围为出生缺陷监测医院或出生缺陷人群监测区县。

3.出生缺陷监测医院于每月 10 日前通过全国妇幼健康监测信息系统填报上月情况；出生缺陷人群监测区县乡镇卫生院/社区卫生服务中心于每月 15 日前填报上上个月的情况。

出生缺陷监测医院分娩情况报表

20___年___月 1

表　　号：卫健统 81 表
制定机关：国家卫生健康委
批准机关：国家统计局
批准文号：国统制[2021]95 号
有效期至：2024 年 8 月

2

_____省（自治区、直辖市）_____区县_____医疗机构　医疗机构编码□□□□□□□□□□□□ 3

产妇年龄（岁）	城　镇（例）			乡　村（例）			合计	围产儿情况	出生缺陷	城镇（例）	乡村（例）
	男	女	性别不明	男	女	性别不明					
<20									死胎死产		
20～									0-6 天死亡		
25～									双胎（例）		
30～									三胎及以上（例）		
35～									辅助生殖		
合计									单胎（例）	双胎（例）	三胎及以上（例）

主表 55 项

备注：

填　表　人：_____ 59　　填表日期：_____年_____月_____日 60

填报说明：　1.本表由出生缺陷监测医院填报。

2.统计范围为在出生缺陷监测医院内住院分娩的妊娠满 28 周的胎婴儿（若孕周不清，可参考出生体重≥1000 克）。

3.填报单位于次月 10 日前通过全国妇幼健康监测信息系统填报本表。

出生情况及婴儿随访登记表

20_____ 年__1__月

2

_____省（自治区、直辖市）_____区（县）_____街道（乡镇）_____居（村）委会　　备注：推荐用于月度数据的收集报告

胎婴儿编号	家庭情况										基本情况										出生缺陷诊断情况				备注
	父亲情况		母亲情况							户籍	姓名	出生日期	性别	出生孕周（周）	出生体重（克）	受孕方式	分娩方式	胎数	出生地点	监测期结局	产前诊断为出生缺陷	0-6天诊断为出生缺陷	7-27天诊断为出生缺陷	28-42天诊断为出生缺陷	
	姓名	身份证号	姓名	身份证号	民族	年龄	孕次	产次	孩次																
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

填表人__28__　　单位__29__　　填表日期 _____ 年_____月 ____日　30

填报说明：1.本表由监测地区乡镇卫生院、社区卫生服务中心等监测单位按居（村）委会收集本辖区数据后填写。

2.统计范围为辖区内的围产儿和婴儿。

3.本表为月报，报送方式为妇幼健康监测系统网络直报，每月 15 日前报送上上个月的情况。如 3 月 15 日前报送 1 月份出生婴儿的随访情况。