

郑州市卫生和计划生育委员会  
郑州市财政局  
郑州市妇女联合会  
郑州市残疾人联合会

文件

郑卫妇幼〔2017〕17号

---

关于印发郑州市新生儿疾病  
暨耳聋基因免费筛查工作实施方案的通知

各县(市、区)卫计委、财政局、妇联、残联，市属相关卫生计生单位：

现将《郑州市新生儿疾病暨耳聋基因免费筛查工作实施方案》印发给你们，请认真贯彻落实。

郑州市卫生和计划生育委员会

郑州市财政局

郑州市妇女联合会

郑州市残疾人联合会

2017年5月19日

# 郑州市新生儿疾病暨耳聋基因免费筛查工作 实施方案

2017年市政府继续将“免费为郑州户籍的新生儿进行听力障碍初筛及苯丙酮尿症、先天性甲状腺功能减低症、35种遗传代谢病、耳聋基因筛查”工作列入为民办十件实事。为了进一步做好我市新生儿疾病暨耳聋基因筛查工作，确保筛查质量，提高我市出生人口整体素质，依据《中华人民共和国母婴保健法》及其《实施办法》、《新生儿疾病筛查管理办法》，特制定本实施方案。

## 一、指导思想

以《中华人民共和国母婴保健法》、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、《卫生部新生儿疾病筛查管理办法》为指导，以关心我市儿童健康、关注民族未来为基本着眼点，积极争取社会资源，服务于我市的新生儿疾病和耳聋基因筛查工作，真正做到早发现、早诊断、早治疗，进行有效的早期干预，从而降低我市出生人口缺陷，提高出生人口素质，为我市在这一领域取得基础数据，造福郑州人民，构建和谐、健康郑州做出积极的贡献。

## 二、组织管理

成立新生儿疾病筛查领导小组，领导小组下设办公室，负责辖区筛查工作的组织领导和协调、监督。新生儿疾病筛查项目办公室设在市妇幼保健院，负责筛查资料收集上报和质控管理，负责血样收集、分配工作。各县（市、区）妇幼保健机构设立新生儿疾病筛查工作小组，负责对本辖区筛查单位血样采集、标本递送、登记、反馈、报表审核和质控等。

### 三、项目实施时间

2017年1月1日至2017年12月31日。

### 四、筛查机构与筛查对象

#### (一) 筛查机构

1. 采血及听力初筛：本市各级各类经批准开展新生儿疾病筛查血样采集技术、新生儿听力筛查技术服务的医疗保健机构。

2. 筛查中心：郑州市新生儿疾病筛查及听力筛查分中心（郑州市妇幼保健院）。

#### 3. 采集标本递送及复筛要求：

郑州市新生儿疾病筛查分中心实验室及听力筛查分中心负责接收全市其他各级各类医院采集标本的检测及新生儿听力复筛、转诊任务。

(二) 筛查对象：父母双方或一方为郑州市户籍的活产新生儿实行免费筛查。

### 五、筛查项目及工作目标

(一) 筛查项目：先天性甲状腺功能减低症（CH）和苯丙酮尿症（PKU），听力障碍筛查，新生儿35种遗传代谢病筛查，新生儿耳聋基因筛查。

(二) 筛查工作目标：按照《全国新生儿疾病筛查工作规划》，2017年新生儿疾病筛查率达到95%，进一步提高确诊病例的治疗率。

### 六、筛查工作程序

#### (一) 新生儿遗传代谢病暨耳聋基因筛查

1. 告知：新生儿遗传代谢病（先天性甲状腺功能减低症（CH）、苯丙酮尿症（PKU））、新生儿35种遗传代谢病筛查和耳聋基因

筛查均应遵循“知情同意”的原则。在对新生儿实施疾病筛查前，各医疗助产单位应当发放统一印制的《郑州市新生儿遗传代谢病筛查知情同意书》（附件3），《郑州市新生儿耳聋基因筛查知情同意书》（附件4）将新生儿遗传代谢病和耳聋基因筛查的有关规定、目的意义、筛查项目等情况告知新生儿的监护人，经其理解和同意，分别在《郑州市新生儿遗传代谢病筛查知情同意书》、《郑州市新生儿耳聋基因筛查知情同意书》上签字后，方可对婴儿进行血样标本的采集。

2. 采血：采血项目单位应当在婴儿出生72小时充分哺乳6-8次后，按照卫生部有关筛查技术规范的规定进行采血，制成血样标本，并填写《郑州市新生儿疾病筛查登记本》（附件8），《郑州市新生儿耳聋基因筛查登记本》（附件9），做好相关信息录入登记后，在3-5天内将标本送至筛查分中心。不具备开展新生儿疾病筛查血样采集、听力筛查的助产单位应当告知新生儿监护人到郑州市新生儿疾病筛查分中心、郑州市听力筛查分中心筛查。

3. 实验室检测：新生儿疾病筛查中心实验室在收到血样标本后的24小时内做好信息核对登记，对不符合要求的标本应立即予以退回，并要求重新采集；对符合要求的标本，新生儿遗传代谢筛查实验室应当在接到标本后2个工作日内进行检测，在7个工作日内出具筛查报告；新生儿耳聋基因筛查实验室应当在收到血片后40个工作日内出具筛查报告。对耳聋基因筛查可疑阳性样本，填写可疑阳性报告单，交至听力筛查中心。

4. 追踪随访：对新生儿遗传性代谢病可疑阳性病人由新筛中心管理门诊在1个工作日内通知婴儿的监护人，督促并确保其在

收到通知后按预约时间（2-7 个工作日）携婴儿至郑州市新生儿疾病筛查中心作进一步确诊或随访。对耳聋基因筛查阳性的由郑州市妇幼保健院听力筛查中心随访门诊电话通知新生儿家长或监护人到郑州市妇幼保健院听力筛查中心领取报告单并签订《郑州市耳聋基因阳性知情告知书》（附件 6），对失访者报原标本送检单位及属地妇幼保健院（所）。

5. 确诊治疗机构: 对召回可疑阳性者复查，并按照卫生部有关技术规范进行疾病诊断和鉴别诊断，应当在 7-10 个工作日之内出具确诊报告，并根据确诊患儿需求治疗。

6. 追访与管理: 筛查中心及市送检单位应严格按照规定对患儿进行追访及管理。因地址不详或拒绝随访等原因而失访者，由原标本送检单位协助追踪。对再失访者追踪随访机构应当注明原因，并告知筛查中心随访咨询门诊、实验室检测机构及确诊治疗机构备案。

## （二）新生儿听力筛查

1. 告知: 孕产妇入院后，产科工作人员应告知新生儿听力筛查的做法和意义，签订《郑州市新生儿听力筛查知情同意书》（附件 5），并保存于病历中存档。

2. 初筛: 新生儿出生 48-72 小时后，筛查人员对其进行听力筛查，填写《郑州市新生儿听力筛查登记本》（附件 10），并向家长出具《郑州市儿童（新生儿）听力筛（复）查报告单》（附件 11），《郑州市儿童（新生儿）听力筛（复）查报告单》一式二联；第一联和原始筛查记录由筛查单位保存，第二联交新生儿监护人保存。

3. 复筛: 对出生时筛查未通过或因特殊原因未接受筛查的婴儿, 由助产单位人员填写《郑州市新生儿复筛及延迟听力筛查预约通知单》(附件 12), 预约通知单一式二联, 第一联由筛查单位保存, 以便提醒新生儿监护人, 第二联交新生儿监护人。同时告知家长在婴儿出生第 42 天内, 持预约通知单到新生儿出生单位或郑州市新生儿听力筛查中心复筛。

4. 转诊: 对复筛未通过的新生儿, 由初筛机构负责填写并发出《郑州市新生儿听力筛查中心高危儿转诊单》(附件 13), 同时告知在婴儿 3 个月龄前, 持通知单到郑州市新生儿听力筛查中心确诊。通知单一式三联, 第一联由筛查单位保存, 以便提醒新生儿监护人; 第二联交新生儿监护人; 第三联交辖区内县(市、区)级妇幼保健机构, 妇幼保健机构协助督促复筛未通过的新生儿及时复查、确诊。

5. 高危儿管理: 通过听力筛查但具有上述听力损失高危因素的新生儿, 由助产机构填写《郑州市听力损失高危儿听力筛查知情同意书》(附件 7), 告知家长在婴儿出生第 42 天内, 持转诊单(卡)到郑州市新生儿听力筛查中心进行复筛及确诊。确诊为听力障碍的高危儿的随访工作由诊断机构负责。各初筛单位应将具有上述高危因素新生儿的信息反馈至辖区妇幼保健机构, 各辖区妇幼保健机构应协助配合郑州市听力筛查中心做好听力障碍高危儿 3 岁前的连续随访监测, 并详细填写《郑州市高危儿听力筛查随访登记本》(附件 14)。协助郑州市新生儿听力筛查中心督促高危儿家长或监护人携高危儿 3 年内每 6 个月到郑州市听力筛查中心随访一次。

6. 确诊为听力障碍的婴幼儿，由诊断机构出具《郑州市儿童（新生儿）听力诊断报告单》（附件 15），填写《郑州市新生儿听力诊断登记本》（附件 16）和《郑州市听力障碍儿童个案登记表》（附件 17），并为其制定干预--康复方案，取得家长知情同意后，为其提供干预疗法；需进行听力语言康复的，及时与当地残疾人联合会联系。诊断机构负责将确诊为听力障碍的儿童名单分别报儿童户口所在地的县（市、区）级妇幼保健机构和残联；县（市、区）级妇幼保健机构应将其纳入儿童系统保健体弱儿专案管理范围进行追踪管理，县（市、区）残联根据相关规定，将符合条件者纳入听力语言康复救助与服务范围。

7. 康复安置与指导：县（市、区）残联将获取的确诊为听力障碍儿童的名单于第一时间报送给市残联。市残联根据患儿家庭实际需求和患儿个体情况，提供有关听能管理、听觉训练、语言训练、言语矫治及早期教育等方面的专业指导服务。

## 七、资金管理

### （一）经费标准

1. 新生儿甲状腺功能减低症、苯丙酮尿症检查经费为 65 元/人次；耳声发射收费标准为 85 元/人次。市内五区、上街区、经开区、高新区、郑东新区、航空港区工作经费由市级财政承担；五县（市）工作经费由市、县（市）两级财政共同承担：市级财政承担新生儿两病筛查费用 45.5 元/人次，县级承担本辖区听筛及新生儿两病采集血样费用 104.5 元/人次。

2. 新生儿 35 种遗传代谢病采血、物流、耗材、检测、管理等费用 62 元/人由市财政承担；试剂费用由中国初级卫生保健基

金会承担。项目启动后市财政预拨经费至市妇幼保健院。

3. 耳聋基因筛查经费标准为 410 元/人,其中实验室筛查费用按照政府采购价格 388 元/人,采血、物流等费用 22 元/人。市本级承担 210 元/人;县(市、区)级承担 200 元/人,其中 178 元/人拨付给市妇幼保健院,22 元/人采血、物流等费用拨付给县(市、区)妇幼保健院(所)。

## (二) 经费拨付方式

1. 经费拨付采取“预拨结算相结合”和“下年度结算上年度”的方式,根据工作项目和经费标准,上半年预拨 60%至市妇幼保健院或各县(市、区)。12 月初,由卫生计生、残联、财政组成联合检查组,对 2017 年筛查的数据进行检查。市与县(市、区)财政部门要根据检查结果,结算并拨付筛查经费余额。郑州市妇幼保健院筛查项目办负责全市项目经费的管理及拨付。

2. 具备开展新生儿疾病筛查血样采集的助产机构应当定期将本机构《郑州市新生儿疾病筛查登记本》、《郑州市新生儿听力筛查登记本》、《郑州市耳聋基因筛查登记本》复印件于每月 10 日前报各县(市、区)妇幼保健院(所),并填写《郑州市新生儿遗传代谢病免费筛查资金拨付申请表》(附件 18)、《郑州市新生儿耳聋基因免费筛查资金拨付申请表》(附件 19)、《郑州市新生儿听力免费筛查资金拨付申请表》(附件 20)。项目办接到各单位上报的资金拨付申请表并核对无误后,在 5 个工作日内将筛查款项按规定拨付。

## (三) 经费管理

今年新生儿疾病筛查将继续列入市财政专项资金绩效考评



项目，对项目资金实施跟踪问效制度。筛查专项补助资金必须专款专用，任何单位和个人不得以任何形式截留、挤占和挪用专项补助资金。各项目单位要按规定使用补助资金，将补助资金用于相关新生儿筛查工作开展及所需必要的材料成本等公用经费支出，包括耗用的材料成本及其他公用经费等。耗用材料包括卫生材料和其他材料。卫生材料是指开展新生儿筛查直接消耗的一次性物品。其他材料是指为开展新生儿筛查间接消耗的各种材料。公用经费包括印刷宣传费、与新生儿筛查项目相关的培训费等。专项补助资金的管理、使用情况应定期向社会公布，接受群众监督。对故意虚报有关数字和情况骗取专项补助资金，或截留、挤占和挪用专项补助资金的，要按照有关法律法规，除责令改正、追回有关财政资金外，视其情节对单位和人员进行严肃处理。

## 八、实施要求

（一）广泛进行宣传动员。根据新筛工作内容及要求，全市各医疗机构、妇联要进行广泛地宣传动员，要把这项惠民工程进行详细的组织和动员。各级医疗卫生部门、妇联，要真正把项目实施工作纳入工作日程，切实抓紧、抓好、抓出成效。

（二）大力开展健康教育。要以落实市政府为民办实事为契机，在全市全方位开展以普及儿童保健知识为主要内容的健康教育，采取知识问答、橱窗专栏、专题讲座、广播电视、发放资料等多种方式，深入宣传儿童保健及新生儿疾病筛查的重要性、必要性，使之家喻户晓、人人皆知。

（三）明确部门工作职责。市卫生计生部门负责全市新生儿疾病筛查工作的监督和管理。各县（市、区）卫生计生部门依据

本工作方案的各项管理和技术要求，做好辖区内助产机构的日常监督、数据统计、审核及上报工作；财政部门联合卫生计生、残联部门对项目单位有关资料进行检查，根据工作完成情况拨付相关筛查费用；市妇联负责全市新生儿疾病筛查工作的宣传发动、沟通协调、联合督导考核等工作；市残联配合做好全市筛查工作的宣传和康复指导，成立市小儿听力语言康复技术指导组负责全市听力障碍确诊患儿康复救助与安置指导工作的计划、组织管理和协调。各级有助产技术服务资质的医疗机构，负责做好对新生儿家长的宣传、告知以及新生儿血样的采集工作；市新生儿疾病筛查中心及听力筛查中心，负责样本的统一收集、数据汇总，检测及管理工作。

（四）做好随访服务。市妇幼保健院要按照卫生部新生儿疾病筛查管理办法的要求，主动做好阳性患儿的后续随访工作。要做好新生儿疾病知识传播及咨询解答，以提高患儿家长及社会的认识；要积极创造条件，为阳性患儿家庭提供复查、诊断方面的服务，确保阳性患儿得到有效的干预治疗，从而降低我市新生儿出生缺陷发生率。

（五）确保工作实效。市卫计委、财政局、妇联、残联将定期和不定期对各县（市、区）相关单位及承担筛查服务工作的医疗保健机构进行督导和检查，及时协调解决工作中出现的困难和问题，促进其不断提高工作效率和服务水平，确保各项工作落到实处。

附件：

#### 1. 郑州市新生儿疾病筛查领导小组名单

2. 郑州市新生儿疾病筛查技术指导领导小组名单
3. 郑州市新生儿遗传代谢病筛查知情同意书
4. 郑州市新生儿耳聋基因筛查知情同意书
5. 郑州市新生儿听力筛查知情同意书
6. 郑州市耳聋基因筛查阳性知情告知书
7. 郑州市听力损失高危儿听力筛查知情同意书
8. 郑州市新生儿疾病筛查登记本
9. 郑州市耳聋基因筛查登记本
10. 郑州市新生儿听力筛查登记本
11. 郑州市儿童（新生儿）听力筛（复）查报告单
12. 郑州市新生儿复筛及延迟听力筛查预约通知单
13. 郑州市听力筛查中心高危儿转诊单
14. 郑州市高危儿听力筛查随访登记本
15. 郑州市儿童（新生儿）听力诊断报告单
16. 郑州市新生儿听力诊断登记本
17. 郑州市听力障碍儿童个案登记表
18. 郑州市新生儿遗传代谢病免费筛查资金拨付申请表
19. 郑州市新生儿耳聋基因免费筛查资金拨付申请表
20. 郑州市新生儿听力免费筛查资金拨付申请表

## 附件 1

# 郑州市新生儿疾病筛查领导小组名单

组 长：	付桂荣	郑州市卫生计生委党组书记、主任
副组长：	兰维娜	郑州市卫生计生委副主任
	张予红	郑州市财政局副局长
	周育红	郑州市妇联纪检组长
	周长信	郑州市残疾人联合会副理事长
成 员：	熊军莉	郑州市卫生计生委妇幼处处长
	刘 颖	郑州市财政局社会保障处处长
	吴爱平	郑州市妇儿工委办公室专职副主任
	闻传霞	郑州市残疾人联合会康复部部长
	张 岚	郑州市卫生计生委医政处处长
	李海保	郑州市卫生计生委农卫处处长
	刘晓红	郑州市卫生计生委财务处处长
	尚 东	郑州市卫生计生委组宣处处长
	韩丽娜	郑州市卫生计生委社区处处长
	黄大中	郑州市卫生计生委纪委副书记
	各县（市、区）卫计委（卫生局）主任（局长）	

## 二、领导小组办公室

办公室主任	赵学勇	市妇幼保健院院长
办公室副主任	王香枝	市妇幼保健院副院长

## 附件 2

# 郑州市新生儿疾病筛查技术指导领导小组名单

- |      |     |                    |
|------|-----|--------------------|
| 组 长： | 赵学勇 | 市妇幼保健院院长           |
| 副组长： | 王香枝 | 市妇幼保健院副院长          |
| 成 员： | 于凤琴 | 市妇幼保健院儿科主任、主任医师    |
|      | 崔丽霞 | 市妇幼保健院新筛中心副主任医师    |
|      | 徐淑玲 | 市妇幼保健院儿童康复科主任、主任医师 |
|      | 王莉敏 | 市妇幼保健院检验科主任副主任检验师  |
|      | 许 莹 | 郑州儿童医院耳鼻喉科副主任医师    |
|      | 陈永兴 | 郑州儿童医院内分泌代谢病副主任医师  |

## 附件 3

# 郑州市新生儿遗传代谢病筛查知情同意书

母亲姓名

新生儿姓名

性别

出生日期

住院病历号

新生儿遗传代谢病是影响儿童智力和体格发育的严重疾病，若及早诊断和治疗，患儿的身心发育大多可达到正常同龄儿童的水平。本筛查是根据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、卫生部《新生儿疾病筛查管理办法》在新生儿期对严重危害新生儿健康的先天性、遗传性疾病施行的专项检查，以达到早期诊断、早期治疗的目的，对防止残疾、提高出生人口素质有着重大意义。

拟实施医疗方案的注意事项：

(1) 本市已开展筛查的遗传代谢病为：CH、PKU 两病 65 元 公费 自费

35 种遗传代谢病 330 元 公费 自费

(2) 新生儿出生 3 天并充分哺乳后进行足跟采血

(3) 若筛查结果异常，筛查中心将尽快通知您孩子做确诊检查。

(4) 无论应用何种筛查方法，由于个体的生理差别和其他因素，个别患者可能呈假阴性，即使通过筛查，也需要定期进行儿童保健检查。

知情选择

我已充分了解该检查的性质、合理的预期目的、风险性和必要性，对其中的疑问已经得到医生的解答。

一、我同意接受新生儿疾病筛查

监护人签名\_\_\_\_\_ 签名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

二、我已被告知病症可能导致的不良后果，我不同意接受新生儿疾病筛查

监护人签名\_\_\_\_\_ 签名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

三、因您的孩子在出院前未达到采血要求，请您于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前到\_\_\_\_\_采血，逾期不来，风险自己承担。

监护人签名\_\_\_\_\_ 签名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人现住址：\_\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_\_\_州（市）\_\_\_\_\_县（市、区）\_\_\_\_\_乡（镇）  
\_\_\_\_\_/街道\_\_\_\_\_村/号 监护人联系方式\_\_\_\_\_

医（护）人员陈述

我已经告知监护人该新生儿将要进行遗传代谢病筛查的性质、目的、风险性、必要性、费用，并且解答了关于此次检查的相关问题。

医（护）人员签名\_\_\_\_\_ 签名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 附件 4

# 郑州市新生儿耳聋基因筛查知情同意书

母亲姓名	新生儿性别	出生日期	住院病历号
<p>1、耳聋基因筛查是为了早期发现药物敏感性个体及遗传性耳聋个体（包括出生时听力损失不明显而被听力筛查漏诊的遗传性耳聋个体），该检查可以提高儿童听力障碍及耳聋高危个体的检出率。</p> <p>2、新生儿基因筛查运用遗传性耳聋基因芯片进行检测，该法是目前高效、敏感的检测方法之一，可以同时对中国最常见的四个耳聋相关基因（GJB2、SLC26A4、GJB3 及 mtDNA 12srRNA）的 9 个突变位点进行筛查。</p> <p>3、基因筛查的方法是在新生儿出生后在采遗传代谢性疾病的筛查血片同时采取少许足跟血制成血片，质检合格后，送指定实验室进行测试。</p> <p>4、受检新生儿耳聋基因筛查结果分两种情况：①阴性，未发现受检的相关耳聋突变基因。如果听力筛查为“通过”，则进入听力随诊程序；如果听力筛查为“未通过”，应进一步行诊断性听力学检测及基因测序检测；②阳性：即受检基因中携带至少一个耳聋相关突变基因，听力筛查结果可能为“通过”或“未通过”。此类结果提示受检者可能与遗传性耳聋或药物敏感性耳聋密切相关，需结合听力筛查结果进一步进行诊断性听力学检测及基因测序检测。基因筛查结果异常者均将得到检测结果卡片，并得到相关咨询。</p> <p>先天性听力损失中近 50%与遗传有关，涉及的致聋基因很多，本次筛查选取的仅是目前国人最常见四个基因 9 个位点，没有涵盖全部的耳聋基因。因此，即使目前耳聋基因筛查和常规听力筛查无异常发现，在孩子成长过程中应该观察儿童听力及语言发育，发现异常应及时就医。</p>			
<b>知情选择</b> <p>我已了解新生儿疾病筛查的内容，包括筛查的项目、条件、方式、灵敏度和费用等。</p> <p>我 <input type="checkbox"/>愿意 <input type="checkbox"/>不愿意 <input type="checkbox"/>公费 <input type="checkbox"/>自费 给我的孩子做耳聋基因筛查。</p> <p><b>监护人签名：</b> <input type="text"/> <b>日期：</b> 年月日</p> <p><b>医（护）人员签字：</b> <input type="text"/> <b>日期：</b> 年月日</p>			
<b>郑州市新生儿耳聋基因筛查流程</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1、 标本采集：在生产的产科医院，由医护人员完成血片采集。</li><li>2、 实验检测：送指定实验室完成耳聋基因检测。</li><li>3、 结果查询：采血 40 个工作日后，可按采血卡上提供的网址或电话查询结果。</li></ol> <p>基因筛查结果分 2 种情况：</p> <ol style="list-style-type: none"><li>① 阴性：提示未携带常见的 9 项耳聋基因突变，又可以分为 2 种情况：<ol style="list-style-type: none"><li>A. 如同时常规听筛通过，则进入听力保健随诊程序。</li><li>B. 如同时常规听筛未通过，则需做进一步相关检测。</li></ol></li><li>② 阳性：提示至少携带常见的 9 项耳聋基因突变之一，又可以分为 2 种情况：<ol style="list-style-type: none"><li>A. 如同时常规听筛通过，此类结果提示新生儿携带遗传性耳聋基因突变，或药物性耳聋/迟发性耳聋高危个体，需进一步进行听力保健相关咨询。</li><li>B. 如同时常规听筛未通过，此类结果提示新生儿患有遗传性耳聋，需进一步诊断。</li></ol></li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>4、 结果咨询：如果筛查结果阳性，筛查实验室将及时通知您，做进一步的相关咨询或检测。</li></ol>			

## 附件 5

<h1>郑州市新生儿听力筛查知情同意书</h1>				
母亲姓名	新生儿性别	出生日期	出生医院	住院病历号
	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日		
<p>新生儿听力筛查是根据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、卫生部《新生儿疾病筛查管理办法》在新生儿期对严重危害新生儿健康的先天性、遗传性疾病实施的专项检查。目前主要采用的新生儿听力筛查技术有耳声发射和自动听性脑干反应等技术。这些技术都是客观、敏感和无创伤的方法。筛查结果分为通过和不通过两种，筛查结果不通过者，应当在 42 天内到筛查机构进行复筛，未通过复筛的婴儿需在 3 个月龄内到卫生行政部门指定的听力障碍诊治机构进一步确诊。筛查费用 <u>85</u> 元，由 <u>市、县财政</u> 支付或 <u>个人</u> 支付。</p>				
<p><b>知情选择</b></p> <p>我已经充分了解了该项检查的性质、合理的预期目的、风险性和必要性，对其中的疑问已经得到医生的解答。</p> <p>我同意接受新生儿听力筛查。</p> <p>监护人签名 _____ 年__月__日</p> <p>我已被告知孩子患耳聋可能导致的不良后果，我不同意接受新生儿听力筛查。</p> <p>监护人签名 _____ 年__月__日</p> <p>监护人现住地址：            省            市（县）            区            乡（镇）/街道            村/号</p> <p>监护人联系方式：</p>				
<p><b>助产医护人员/筛查技术人员陈述</b></p> <p>1、我已经告知监护人该新生儿将要进行听力筛查的性质、目的、风险性、必要性和费用，并且解答了关于此次筛查的相关问题。</p> <p>2、我已经告知监护人在新生儿出院后 1 周内带其到 _____ 进行听力筛查。</p> <p>助产医护人员/筛查技术人员签名： _____ 年__月__日</p>				
<h2>郑州市新生儿听力筛查知情同意书（副联）</h2>				
母亲姓名	新生儿性别	出生日期	出生医院	住院病历号
	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日		
筛查技术人员			筛查日期	年 月 日
筛查机构				



## 附件 6

# 郑州市耳聋基因筛查阳性知情告知书

母亲姓名	新生儿性别	出生日期	出生医院	住院病历号
	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日		
<p>听力学检查与耳聋基因联合筛查，不仅可以发现先天性耳聋，还可以发现迟发性语前听力损失，可以相互补充，实现早发现、早干预，通过科学指导和干预，可有效避免耳聋发生，使孩子开口说话，降低由聋致哑风险。</p> <p>目前，您家宝宝基筛的结果是：</p> <p><input type="checkbox"/> GJB2 纯合/复合突变：35, 176, 235, 299</p> <p><input type="checkbox"/> GJB2 杂合突变：35/-, 176/-, 235/-, 299/-</p> <p><input type="checkbox"/> SLC26A4 纯合/复合突变：IVS7-2/IVS7-2, 2168/2168, IVS7-2/2168</p> <p><input type="checkbox"/> SLC26A4 杂合突变：IVS7-2A&gt;G/-、 2168A&gt;G/-</p> <p><input type="checkbox"/> mtDNA 突变（均质/异质）：A1555G, C1494T</p> <p>听筛（耳声发射）的结果是：<input type="checkbox"/> 双耳均通过</p> <p><input type="checkbox"/> 左耳未通过      <input type="checkbox"/> 右耳未通过      <input type="checkbox"/> 双耳未通过</p> <p><input type="checkbox"/> 未检测</p> <p>根据目前宝宝的听筛与基筛结果，该宝宝需要接受进一步的诊断性听力学检测，以了解目前的听力情况。</p> <p>具体检测项目包括：<input type="checkbox"/> 诊断性耳声发射</p> <p><input type="checkbox"/> 听觉脑干诱发电位</p> <p><input type="checkbox"/> 多频稳态听觉诱发电位</p> <p><input type="checkbox"/> 声导抗</p>				
<p><b>知情选择：</b></p> <p>我已充分了解该检查的性质、目的、风险性、必要性和费用，对其中的疑问已经得到医生的解答。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意                                      <input type="checkbox"/> 不同意</p> <p>监护人签名：_____ 日期：_____年___月___日</p>				

## 附件 7

# 郑州市听力损失高危儿听力筛查知情同意书

母亲姓名	新生儿性别	出生日期	出生医院	住院病历号
	男□ 女□	年 月 日		

新生儿听力筛查是早期发现新生儿听力障碍，开展早期诊断和早期干预的有效措施，是减少听力障碍对语言发育和其他神经精神发育的影响，促进儿童健康发展的有力保障。

新生儿重症监护病房（NICU）婴儿出院前或病情稳定后应进行自动听性脑干反应（AABR）筛查或进行耳声发射+脑干听觉诱发电位+多频稳态诱发电位+声导抗等联合检查模式对其听力状况进行检查。具有下述高危因素的新生儿（高危儿），应在出生 42 天内到筛查中心进行复筛及确诊，并在 3 年内进行连续监测，至少每 6 个月随访一次。

新生儿听力损失高危因素：

1、新生儿重症监护病房（NICU）住院超过 5 天；2、儿童期永久性听力障碍家族史；3、宫内感染（巨细胞病毒、风疹病毒、疱疹病毒、梅毒或弓形体病等）；4、颅面畸形：包括耳廓和耳道畸形等；5、出生体重低于 1500 克；6、高胆红素血症达到换血要求；7、病毒性或细菌性脑膜炎；8、新生儿窒息（Apgar 评分 1 分钟 0-4 分或 5 分钟 0-6 分）；9、早产儿呼吸窘迫综合征；10、体外膜氧；11、机械通气超过 48 小时；12、母孕期使用过耳毒性药物或袪利尿剂、滥用药物和酒精；13、临床上存在或怀疑与听力障碍有关的综合征或遗传病。

### 知情选择

我已经了解了该项检查的目的、意义、必要性，及其风险性，对其中的疑问已经得到医生的解答。

**a. 我同意接受高危儿听力筛查。**

监护人签名\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

**b. 我已被告知孩子患耳聋可能导致的不良后果，我不同意接受高危儿听力筛查。**

监护人签名\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

监护人现住地址： 省 市（县） 区 乡（镇）/街道 村/号

监护人联系方式：

### 医护人员陈述

1、我已经告知监护人该高危儿将要进行听力筛查的目的、意义、必要性和费用，及其风险性、并且解答了关于此次筛查的相关问题。

2、我已经告知监护人在新生儿出院后 42 天内带其到郑州市新生儿听力筛查中心进行听力筛查。

医护人员签名：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

附件 8

# 郑州市新生儿疾病筛查登记本

登记单位： \_\_\_\_\_

登记时间： \_\_\_\_\_

采血日期	标本编号	母亲姓名	身份证号	联系方式	户籍地	生产日期	婴儿性别		采血人 签字	信息登 记签字	标本递 送签字	结果	备注
							男	女					

附件 9

# 郑州市新生儿耳聋基因筛查登记本

登记单位： \_\_\_\_\_

登记时间： \_\_\_\_\_

## 郑州市新生儿耳聋基因筛查登记本填表说明

1. 此登记本由各筛查机构填写，用于统计本院筛查儿童情况；
2. 凡在本机构内分娩的活产新生儿，不论是否接受新生儿疾病筛查均应填写。

采血日期	标本编号	母亲姓名	身份证号	联系方式	户籍地	生产日期	婴儿性别		采血人签字	信息登记签字	标本递送签字	芯片结果	备注
							男	女					

# 郑州市新生儿听力筛查登记本

登记单位： \_\_\_\_\_

登记时间： \_\_\_\_\_



## 郑州市新生儿听力筛查登记本

序号	筛查日期	婴儿姓名	性别	父/母姓名	出生日期	费用类型	初筛结果		高危因素	身份证号码	家庭地址	检查单位	所属科室	电话号码		筛查人签名	家长签名
							左耳	右耳						移动	固定		

## 郑州市儿童（新生儿）听力筛（复）查报告单

编号： \_\_\_\_\_

筛查医院： \_\_\_\_\_ 家长姓名： \_\_\_\_\_ 联系电话： \_\_\_\_\_

儿童(新生儿)姓名： \_\_\_\_\_ 新生儿性别： 男  女

婴儿出生医院： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_

日

出生时孕周： \_\_\_\_\_ 出生体重： \_\_\_\_\_ Kg

检查方法： 1. 筛查型耳声发射

2. 诊断型耳声发射

检查结果： 初筛

复筛

右耳： 通过

未通过

左耳： 通过

未通过

意见： 1. 通过；

2. 未通过：请于婴儿出生后 42 天到初筛机构复查；

3. 复查未通过，请于婴儿出生后 3 个月内到市新生儿疾病筛查中心（分中心）确诊。

筛查者签名： \_\_\_\_\_ 报告时间： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

备注：

1. “通过”说明您的孩子目前外周听觉器官功能正常，但在儿童发育过程中，听力会受多种因素影响，如疾病、噪音等，请您继续关注孩子的听力与语言发育，发现异常及时就诊。

2. “未通过”表示在您孩子外耳道未记录到耳声发射反应，可能是孩子的听力有问题，也可能是由于测试环境噪音过大或婴儿耳道内分泌物堵塞引起，因此需要复查，请按时前来，谢谢！

附件 12

## 郑州市新生儿复筛及延迟听力筛查预约通知单

编号：\_\_\_\_\_

母亲姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 父亲姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_

家庭住址：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

新生儿姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 新生儿性别：男

女  婴儿出生医院：\_\_\_\_\_ 住院/门诊号：\_\_\_\_\_ 初筛机构：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_产况情况：\_\_\_\_\_

新生儿情况：出生孕周  出生体重  Kg 顺产  剖宫产  产钳助  
产

新生儿高危儿因素：阿氏评分  高危因素

其他：\_\_\_\_\_

延迟筛查原因：\_\_\_\_\_

初查结果：右耳：通过  未通过

左耳：通过  未通过

预约筛查日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

预约筛查机构：\_\_\_\_\_ 告知人：\_\_\_\_\_

注：

1. 新生儿未通过初步筛查者及漏筛者于 42 天内均应当进行双耳复筛；
2. 请新生儿家长在延迟因素解除后，持《新生儿听力筛查知情同意书（副联）》到指定机构进行听力筛查；
3. 新生儿高危儿因素：填写高危因素编码，具体参考见本页背后提示。

## 影响新生儿听力高危因素 13 条

3 周岁以下婴幼儿有下列高危因素之一者，列为重点筛查、复查和监测对象,并跟踪随访至 3 周岁:

- (1) 新生儿重症监护病房 (NICU) 住院超过 5 天;
- (2) 儿童期永久性听力障碍家族史;
- (3) 宫内感染 (巨细胞病毒、风疹病毒、疱疹病毒、梅毒或弓形体病等);
- (4) 颅面畸形: 包括耳廓和耳道畸形等;
- (5) 出生体重低于 1500 克;
- (6) 高胆红素血症达到换血要求;
- (7) 病毒性或细菌性脑膜炎;
- (8) 新生儿窒息 (Apgar 评分 1 分钟 0-4 分或 5 分钟 0-6 分);
- (9) 早产儿呼吸窘迫综合征;
- (10) 体外膜氧;
- (11) 机械通气超过 48 小时;
- (12) 母孕期使用过耳毒性药物或袪利尿剂、滥用药物和酒精;
- (13) 临床上存在或怀疑与听力障碍有关的综合征或遗传病。

# 郑州市新生儿听力筛查中心高危儿转诊单

\_\_\_\_\_ 医院

姓名：_____	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄：_____（岁/月/天）
出生日期：_____年_____月_____日	听力初筛日期：_____年_____月_____日	
家长姓名：_____（父/母）	联系电话：_____	
家庭住址：_____		
听力损伤高危因素： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 1、新生儿重症监护病房（NICU）住院超过 5 天 <input type="checkbox"/> 2、儿童期永久性听力障碍家族史 <input type="checkbox"/> 3、宫内感染（巨细胞病毒、风疹病毒、疱疹病毒、梅毒或弓形体病等） <input type="checkbox"/> 4、颅面畸形：包括耳廓和耳道畸形等 <input type="checkbox"/> 5、出生体重低于 1500 克 <input type="checkbox"/> 6、高胆红素血症达到换血要求 <input type="checkbox"/> 7、病毒性或细菌性脑膜炎 <input type="checkbox"/> 8、新生儿窒息（Apgar 评分 1 分钟 0-4 分或 5 分钟 0-6 分） <input type="checkbox"/> 9、早产儿呼吸窘迫综合征 <input type="checkbox"/> 10、体外膜氧 <input type="checkbox"/> 11、机械通气超过 48 小时 <input type="checkbox"/> 12、母孕期使用过耳毒性药物或袪利尿剂、滥用药物和酒精 <input type="checkbox"/> 13、临床上存在或怀疑与听力障碍有关的综合征或遗传病		
其它：_____		
听力复筛情况：OAE（耳声发射）结果 左耳： <input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 未通过 <input type="checkbox"/> 未筛 右耳： <input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 未通过 <input type="checkbox"/> 未筛		
转诊地址：郑州市新生儿听力筛查中心（郑州市妇幼保健院门诊 1 楼高危儿随访室） 预约电话：13837175106、18738120831		
测试人签名：_____		日期：_____

# 郑州市高危儿听力筛查随访登记本

登记单位： \_\_\_\_\_

登记时间： \_\_\_\_\_

## 郑州市高危儿听力筛查随访登记本填表说明

1. 此登记本由各级妇幼保健机构对高危儿随访时填写，用于记录本县（市、区）听力高危儿管理情况；
2. 凡是本县（市、区）活产新生儿具有听力高危因素的，应由各助产机构转介至各县（市、区）妇幼保健机构统一管理；
3. 3周岁以下婴幼儿有下列高危因素之一者，列为重点筛查、复查和监测对象，并跟踪随访至3周岁，3年内每6个月随访一次，并做好记录；
4. 请将以下高危因素编号填入“高危因素”编号栏：
  - （1）新生儿重症监护病房（NICU）住院超过5天；
  - （2）儿童期永久性听力障碍家族史；
  - （3）宫内感染（巨细胞病毒、风疹病毒、疱疹病毒、梅毒或弓形体病等）；
  - （4）颅面畸形：包括耳廓和耳道畸形等；
  - （5）出生体重低于1500克；
  - （6）高胆红素血症达到换血要求；
  - （7）病毒性或细菌性脑膜炎；
  - （8）新生儿窒息（Apgar评分1分钟0-4分或5分钟0-6分）；
  - （9）早产儿呼吸窘迫综合征；
  - （10）体外膜氧；
  - （11）机械通气超过48小时；
  - （12）母孕期使用过耳毒性药物或袪利尿剂、滥用药物和酒精；
  - （13）临床上存在或怀疑与听力障碍有关的综合征或遗传病。

编号:		儿童姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期:			出生医院:		
联系电话:					
高危因素:					
随访情况					
随访年龄	随访日期	听力检查结果		随访处理	
		正常	异常		
第一次 (6月)					
第二次 (1岁)					
第三次 (1.5岁)					
第四次 (2岁)					
第五次 (2.5岁)					
第六次 (3岁)					
备注:					

编号:		儿童姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期:			出生医院:		
联系电话:					
高危因素:					
随访情况					
随访年龄	随访日期	听力检查结果		随访处理	
		正常	异常		
第一次 (6月)					
第二次 (1岁)					
第三次 (1.5岁)					
第四次 (2岁)					
第五次 (2.5岁)					
第六次 (3岁)					
备注:					



## 郑州市儿童（新生儿）听力诊断报告单

编号：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 性 别：男  女

出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年龄：\_\_岁\_\_月\_\_天

出生时孕周：\_\_\_\_\_ 出生体重：\_\_\_\_\_Kg

父亲姓名：\_\_\_\_\_ 母亲姓名：\_\_\_\_\_

家庭住址：\_\_\_\_\_

邮编：\_\_\_\_\_ 联系电

话：\_\_\_\_\_

耳鼻喉科检查结果：

听力学检查结果：

诊断：

建议：

诊断医师签名：

年 月 日

# 郑州市新生儿听力诊断登记本

登记单位： \_\_\_\_\_

登记时间： \_\_\_\_\_

## 郑州市新生儿听力诊断登记本

编号	诊断日期	儿童姓名	性别	出生日期	年龄	家庭住址	联系电话	诊断结果

## 郑州市听力障碍儿童个案登记表

编号: \_\_\_\_\_

### 一、一般情况

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: 男  女  民族: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年龄: \_\_\_\_\_岁\_\_\_\_月\_\_\_\_天\_\_\_\_小时

家庭住址: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

父亲姓名: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_岁 职业: \_\_\_\_\_

母亲姓名: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_岁 职业: \_\_\_\_\_

### 二、筛查情况:

筛查时间: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

筛查医院: \_\_\_\_\_

筛查方法: \_\_\_\_\_

### 筛查结果:

1. 左耳未通过       2. 右耳未通过       3. 双耳均未通过

### 三、儿童情况

1. 出生情况: 第\_\_\_\_胎, 第\_\_\_\_产, 出生体重: \_\_\_\_\_ (Kg)

单胎       双胎       多胎

2. 分娩方式:

顺产     早产     足月产     过期产     负压吸引   
产钳     剖宫产

3. 出生缺陷: 无       有  (详述) \_\_\_\_\_

4. 胎儿窘迫: 无  有  Apgar 评分: 1 分钟 \_\_\_\_\_ 5 分钟 \_\_\_\_\_

5. 产伤: 无     有  (产伤部位) \_\_\_\_\_

6. 羊水: I 度       II 度       III 度

7. 异常分娩: 无       臀位       脐带绕颈       胎膜早破

8. 头颅、五官畸形: 无     有  (畸形部位) \_\_\_\_\_

9. 出生后感染: 无 有 病因 \_\_\_\_\_ 病程 \_\_\_\_\_
10. 出生后患病: 无 有 病因 \_\_\_\_\_ 病程 \_\_\_\_\_
11. 头部外伤史: 无 有
12. 耳毒性药物应用史 (如氨基糖类、链霉素、卡那霉素、妥布霉素和/或利尿剂): 无 有 药名 \_\_\_\_\_ 剂量 \_\_\_\_\_ 疗程 \_\_\_\_\_
13. 中耳炎史: 无 有
14. NICU 抢救: 无 有 原因 \_\_\_\_\_ 持续时间 \_\_\_\_\_
15. 呼吸机使用: 无 有 持续时间 \_\_\_\_\_
16. 对外界声音和其他感官刺激的反应: (1) 灵敏  (2) 迟钝

#### 四、母亲妊娠情况

1. 妊娠年龄: \_\_\_\_\_ 岁
2. 流产史: 无 有 流产时间: \_\_\_\_\_ 流产原因: \_\_\_\_\_  
流产方式: 自然流产 药物流产 人工流产
3. 妊娠期病毒感染史: (1) 无 (2) 风疹 (3) 巨细胞病毒  
(4) 疱疹 (5) 弓形体 (6) 其他 \_\_\_\_\_  
若有感染, 感染时孕 \_\_\_\_\_ 周。
4. 妊娠期外生殖器感染: (1) 无 (2) 淋病 (3) 梅毒 (4) 尖锐湿疣 (5) 其他 \_\_\_\_\_。  
若有感染, 感染时孕 \_\_\_\_\_ 周。
5. 妊娠期放射性物质接触史: 无 有 (接触时间) 孕 \_\_\_\_\_ 周。
6. 妊娠期药物应用史: 无  
有 (药物名称) \_\_\_\_\_ 用药时间: 孕 \_\_\_\_\_ 周。
7. 妊娠期有害物质接触史: (例如: 汞、砷、苯、铅、有机磷农药等)  
无 有 若有则接触时间为 \_\_\_\_\_。
8. 妊娠期的不良生活习惯史:  
(1) 吸烟: 有 无 (2) 饮酒: 有 无 (3) 吸毒: 有 无  
(4) 其他 \_\_\_\_\_

9. 妊娠期疾病史:

(1) 无  (2) 糖尿病  (3) 肾炎  (4) 甲状腺功能减退  (5) 败血症  (6) 其他 \_\_\_\_\_

10. 异常妊娠:

(1) 无  (2) 妊高症  (3) 胎儿宫内发育迟缓  (4) 母婴血型不和  (5) 其他 \_\_\_\_\_

**五、家庭史**

1. 家庭的不良生活习惯:

吸烟: 有  无  吸毒: 有  无  饮酒: 有  无

2. 家族中是否有耳聋患者:

无

有  若有, 说明与儿童的亲属关系: \_\_\_\_\_ 耳聋情况: \_\_\_\_\_。

3. 父母是否近亲结婚: 否  是  若是, 请说明血缘关系: \_\_\_\_\_。

**六、耳鼻喉科检查:**

**七: 听力学检查结果**

**七、诊断结果:**

诊断医师签名: \_\_\_\_\_ 诊断日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

诊断机构盖章

附件 18

## 郑州市新生儿遗传代谢病免费筛查资金拨付申请表

填表人：

年 月 日

医疗保健机构名称			
年 月至 月		采血费： 人×19.5 元/人= 元	
拨付金额 合计（小写）		大写	佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分
医疗保健 机构意见	(盖章)		
	负责人签字： 年 月 日		
辖区卫生行政 部门审核意见	(盖章)		
	负责人签字： 年 月 日		
市项目办 审核意见	(盖章)		
	经办人签字： 年 月 日		
市项目办 领导审批	(盖章)		
	负责人签字： 年 月 日		

- 注： 1、单位全称：  
2、开户银行：  
3、开户帐号：  
4、法人姓名：

附件 19

## 郑州市新生儿耳聋基因免费筛查资金拨付申请表

填表人：

年 月 日

医疗保健机构名称					
年 月至 月		筛查人数： 人×388 元（22 元）/人=			
拨付金额 合计（小写）		大写	佰	拾	万 仟 佰 拾 元 角 分
医疗保健 机构意见	负责人签字： (盖章) 年 月 日				
市项目办 审核意见	经办人签字： (盖章) 年 月 日				
市项目办 领导审批	负责人签字： (盖章) 年 月 日				

注： 1、单位全称：

2、开户银行：

3、开户帐号：

4、法人姓名：



附件 20

## 郑州市新生儿听力免费筛查资金拨付申请表

填表人：

年 月 日

医疗保健机构名称					
年 月至 月		筛查人数： 人×85 元/人=			
拨付金额 合计（小写）		大写	佰	拾	万 仟 佰 拾 元 角 分
医疗保健 机构意见	（盖章） 负责人签字： 年 月 日				
辖区卫生行政 部门审核意见	（盖章） 负责人签字： 年 月 日				
市项目办 审核意见	（盖章） 经办人签字： 年 月 日				
市项目办 领导审批	（盖章） 负责人签字： 年 月 日				

注： 1、单位全称：

2、开户银行：

3、开户帐号：

4、法人姓名：

