附件2

湖南省免费产前筛查项目技术服务工作月统计报表

填报单位（盖章）： 统计期限： 年 月 日至 年 月 日 单位：人、例

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目单位****名称** | **产前筛查****总人数** | **宣传****教育****人数** | **产前筛查异常人数** | **转诊****人数** | **接受产前干预诊断人数** | **终止妊娠人数** |  |
| **合计** | **21-三体人数** | **18-三体人数** | **开放性神经管缺陷人数** | **其他异常人数** | **备注** |
| （1） | （2） | （3） | （4） | （5） | （6） | （7） | （8）（9） | （9） | （10） | （11） | （12） |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 |  |  |

填表人： 填表时间： 审表人： 审表时间： 联系电话：