

### 附表3 妊娠风险筛查阳性孕产妇转诊单

姓名\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_（周岁）孕周\_\_\_\_\_（周）

证件号码

联系电话

筛查结果（主要危险因素）

转诊日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

转出机构\_\_\_\_\_ 医生签名

----- 以下由接诊机构填写 -----

姓名\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_（周岁）孕周\_\_\_\_\_（周）

接诊日期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

目前诊断：

妊娠风险评估分级（请在相关项目上打勾）

- 绿色
- 黄色
- 橙色
- 红色
- 紫色

接诊机构\_\_\_\_\_ 医生签名