附件2

编号 □□□□□□□□□□□□□□□□□

**0～6岁儿童心理行为发育档案**

基层医疗卫生机构 省 市（州） 县（市、区）

 乡（镇、社区）

县级医疗机构 省 市（州） 县（市、区）

**0～6岁儿童心理行为发育评估记录表**

**（供各地参考使用）**

表1 基本信息

表2 0～6岁儿童心理行为发育初筛记录表 婴儿期（0～1岁）

表3 0～6岁儿童心理行为发育初筛记录表 幼儿期（1～3岁）

表4 0～6岁儿童心理行为发育初筛记录表 学龄前期（4～6岁）

表5 0～6岁儿童心理行为发育复筛记录表

表6 0～6岁儿童心理行为发育异常诊断记录表

**表1 基本信息**

**儿童姓名**  **编 号**□□□□□□□□□□□□□□□□□

性别 □ 1男 2女 9未说明的性别 出生日期 □□□□年□□月□□日

身份证号 □□□□□□□□□□□□□□□□□□

家庭住址 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇、街道）

 村（居委会）

**父亲姓名**  联系电话 出生日期 □□□□年□□月□□日

文化程度□ 1研究生 2大学本科 3大学专科和专科学校 4中等专业学校 5技工学校 6高中 7初中 8小学 9文盲或半文盲 10不详

职 业□ 0国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1专业技术人员 2办事人员和有关人员 3商业、服务业人员

4农、林、牧、渔、水利业生产人员

5生产、运输设备操作人员及有关人员 6军人

7不便分类的其他从业人员 8无职业

**母亲姓名** 联系电话 出生日期 □□□□年□□月□□日

文化程度□ 1研究生 2大学本科 3大学专科和专科学校 4中等专业学校

5技工学校 6高中 7初中 8小学 9文盲或半文盲 10不详

职 业□ 0国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1专业技术人员

2办事人员和有关人员 3商业、服务业人员

4农、林、牧、渔、水利业生产人员

5生产、运输设备操作人员及有关人员 6军人

7不便分类的其他从业人员 8无职业

**填表要求**

一、基本要求

1.档案填写一律用黑色的钢笔或圆珠笔进行填写。字迹要清楚，书写要工整。数字或代码一律用阿拉伯数字书写。数字和编码要填在“□”内，不要填出格外，如果数字填错，用双横线将整笔数码划去，并在原数码上方工整填写正确的数码。切勿在原数码上涂改。

2.《0～6岁儿童心理行为发育档案》表1～表6的具体填写说明请参照各表下方标注。

二、档案编码

统一为0～6岁儿童心理行为发育档案进行编码，采用17位编码制，以国家统一的行政区划编码为基础，村（居）委会为单位，编制居民健康档案唯一编码。同时将建档儿童的身份证号作为统一的身份识别码，为在信息平台下实现资源共享奠定基础。

第一段为6位数字，表示县及县以上的行政区划，统一使用《中华人民共和国行政区划代码》（GB2260）；

第二段为3位数字，表示乡镇（街道）级行政区划，按照国家标准《县以下行政区划代码编码规则》（GB/T10114-2003）编制；

第三段为3位数字，表示村（居）民委员会等，具体划分为：001-099表示居委会，101-199表示村委会，901-999表示其他组织；

第四段为5位数字，表示儿童个人序号，由建档机构根据建档顺序编制。

三、其他

1.本表用于儿童首次建立档案时填写。如果儿童的个人信息有所变动，可在原条目处修改，并注明修改时间。

2.儿童姓名：填写新生儿姓名。如没有取名则填写母亲名字+之男或之女。

3.性别：分为男、女及未说明的性别。

4.出生日期：根据居民身份证的出生日期，按照年（4位）、月（2位）、日（2位）顺序填写，如20200101。

5.身份证号码：如新生儿无身份证号码，可暂时空缺，待户口登记后再补填。

6.联系电话：填写可联系到父母的手机或常用电话。

**表2 0～6岁儿童心理行为发育初筛记录表**

**婴儿期（0～1岁）**

**编号**□□□□□□□□□□□□□□□□□

**儿童姓名**  **性别**  **出生日期** **年** **月** **日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **3月龄** | **6月龄** | **8月龄** | **12月龄** |
| **心理行为发育初筛** | **预警征象筛查** | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 |
| □ | 1对很大声音没有反应 | □ | 1发音少，不会笑 出声 | □ | 1听到声音无应答 | □ | 1呼唤名字无反应 |
| □ | 2逗引时不发音或不会微笑 | □ | 2不会伸手抓物 | □ | 2不会区分生人和熟人 | □ | 2不会模仿“再见”或“欢迎”动作 |
| □ | 3不注视人脸，不 追视移动人或物品 | □ | 3紧握拳松不开 | □ | 3双手间不会传递 玩具 | □ | 3不会用拇食指对捏小物品 |
| □ | 4俯卧时不会抬头 | □ | 4不能扶坐 | □ | 4不会独坐 | □ | 4不会扶物站立 |
| **语言功能和社会交往能力询问** | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 |
| □ | 2语言功能障碍或 倒退 | □ | 2语言功能障碍或 倒退 | □ | 2语言功能障碍或 倒退 | □ | 2语言功能障碍或倒退 |
| □ | 3社会交往能力障 碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障 碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障 碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障碍或倒退 |
| **初筛结果** | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 |
| □ | 2异常 | □ | 2异常 | □ | 2异常 | □ | 2异常 |
| **转诊建议** | □ | 1无 | □ | 1无 | □ | 1无 | □ | 1无 |
| □ | 2有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2有，上转接诊医疗机构名称  |
| **检查日期** |  年 月 日 |  年 月 日 |  年 月 日 |  年 月 日 |
| **医生签名** |  |  |  |  |
| **医疗机构****名称** |  |  |  |  |

注：心理行为发育初筛“预警征象筛查”、“语言功能和社会交往能力询问”、“初筛结果”以及“转诊建议”部分，检查时发现相应情况在“□”内打“√”。检查日期介于两个月龄段之间的按最近的小月龄内容进行测查和记录。

**表3 0～6岁儿童心理行为发育初筛记录表**

**幼儿期（1～3岁）**

**编号**□□□□□□□□□□□□□□□□□

**儿童姓名**  **性别**  **出生日期** **年** **月** **日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **18月龄** | **24月龄** | **30月龄** | **36月龄** |
| **心理行为发育初筛** | **预警征象筛查** | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 |
| □ | 1不会有意识叫“爸爸”或“妈妈” | □ | 1不会说3个物品的名称 | □ | 1不会说2-3个字的短语 | □ | 1不会说自己的名字 |
| □ | 2不会按要求指人或物 | □ | 2不会按吩咐做简单事情 | □ | 2兴趣单一、刻板 | □ | 2不会玩“拿棍当马骑”等假想游戏 |
| □ | 3与人无目光交流 | □ | 3不会用勺吃饭 | □ | 3不会示意大小便 | □ | 3不会模仿画圆 |
| □ | 4不会独走 | □ | 4不会扶栏上楼梯/台阶 | □ | 4不会跑 | □ | 4不会双脚跳 |
| **语言功能和社会交往能力询问** | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 |
| □ | 2语言功能障碍或 倒退 | □ | 2语言功能障碍或 倒退 | □ | 2语言功能障碍或 倒退 | □ | 2语言功能障碍或倒退 |
| □ | 3社会交往能力障 碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障 碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障 碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障碍或倒退 |
| **初筛结果** | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 |
| □ | 2异常 | □ | 2异常 | □ | 2异常 | □ | 2异常 |
| **转诊建议** | □ | 1无 | □ | 1无 | □ | 1无 | □ | 1无 |
| □ | 2 有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2 有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2 有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2 有，上转接诊医疗机构名称  |
| **检查日期** |  年 月 日 |  年 月 日 |  年 月 日 |  年 月 日 |
| **医生签名** |  |  |  |  |
| **医疗机构****名称** |  |  |  |  |

注：心理行为发育初筛“预警征象筛查”、“语言功能和社会交往能力询问”、“初筛结果”以及“转诊建议”部分，检查时发现相应情况在“□”内打“√”。检查日期介于两个月龄段之间的按最近的小月龄内容进行测查和记录。

**表4 0～6岁儿童心理行为发育初筛记录表**

**学龄前期（4～6岁）**

**编号**□□□□□□□□□□□□□□□□□

**儿童姓名**  **性别**  **出生日期** **年** **月** **日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **4岁** | **5岁** | **6岁** |
| **心理行为发育初筛** | **预警征象筛查** | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 | □ | 0未见异常 |
| □ | 1不会说带形容词的句子 | □ | 1不能简单叙说事情经过 | □ | 1不会表达自己的感受或想法 |
| □ | 2不能按要求等待或轮流 | □ | 2不知道自己的性别 | □ | 2不会玩角色扮演的集体游戏 |
| □ | 3不会独立穿衣 | □ | 3不会用筷子吃饭 | □ | 3不会画方形 |
| □ | 4不会单脚站立 | □ | 4不会单脚跳 | □ | 4不会奔跑 |
| **语言功能和社会交往能力询问** | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 |
| □ | 2语言功能障碍或倒退 | □ | 2语言功能障碍或倒退 | □ | 2语言功能障碍或倒退 |
| □ | 3社会交往能力障碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障碍或倒退 | □ | 3社会交往能力障碍或倒退 |
| **初筛结果** | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 | □ | 1未见异常 |
| □ | 2异常 | □ | 2异常 | □ | 2异常 |
| **转诊建议** | □ | 1无 | □ | 1无 | □ | 1无 |
| □ | 2有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2有，上转接诊医疗机构名称  | □ | 2有，上转接诊医疗机构名称  |
| **检查日期** |  年 月 日 |  年 月 日 |  年 月 日 |
| **医生签名** |  |  |  |
| **医疗机构名称** |  |  |  |

注：心理行为发育初筛“预警征象筛查”、“语言功能和社会交往能力询问”、“初筛结果”以及“转诊建议”部分，检查时发现相应情况在“□”内打“√”。检查日期介于两个年龄段之间的按最近的小年龄内容进行测查和记录。

**表5 0～6岁儿童心理行为发育复筛记录表**

（此表一式两份，一份由复筛机构留存，一份交家长）

**编号**□□□□□□□□□□□□□□□□□

**儿童姓名**  **性别**  **出生日期** **年** **月** **日**

|  |
| --- |
| 初筛医疗机构名称  |
| 初筛结果  | □预警征筛查异常,注明未通过项目  |
|   | □语言功能障碍或倒退 □社会交往功能障碍或倒退 |
| 病史询问 |
| 是否有以下症状（可多选） |
|   | □无 □语言障碍 □交流障碍 □行为刻板 □兴趣狭隘  |
| □其他，注明具体症状或问题  |
| 发育量表评估 |
| 儿心量表-II（0～6岁） |
| 发育商总分 分 |
| 其中，大运动得分 分,精细动作得分 分,适应能力得分 分语言得分 分,社会行为得分 分 |
| 测评结果 □未见明显异常 □可疑（评估得分70～79分） □发育偏离 □发育障碍 |
| 孤独症筛查量表评估 |
| 修订版孤独症筛查量表（M-CHAT）（18～24月龄） |
| 核心项目阳性 个 | 项目阳性 个 |
| 测评结果 □未见明显异常 □未通过（存在孤独症风险） |
| 孤独症行为评定量表(ABC) （24月龄及以上） |
| 总分 分 |
| 其中，感觉得分 分，社会交往得分 分，躯体运动得分 分，语言得分 分，生活自理得分 分 |
| 测评结果 □未见明显异常 □未通过(存在可疑孤独症症状) |
| 复筛结果 |
| □未见明显异常，3个月内复查□可疑（“儿心量表-II”评估分为70～79分），3个月内复查□异常（病史询问存在疑似孤独症症状或修订版孤独症筛查量表“M-CHAT”筛查未通过或孤独症行为评定量表“ABC”筛查未通过） |
| 转诊建议 |
| □不转诊。□转诊，转至 进一步诊断，同时进行健康宣教。 |
| 医生签字  | 填写日期 **年** **月** **日** |
| 医疗机构  |

**表6 0～6岁儿童心理行为发育异常诊断记录表**

（此表一式两份，一份由诊断机构留存，一份交家长）

**编号**□□□□□□□□□□□□□□□□□

**儿童姓名**  **性别**  **出生日期** **年** **月** **日**

|  |
| --- |
| 病史询问（包括儿童生长发育史、现病史、既往史、父母孕育史、家族史等）   行为观察（以对儿童的行为观察为主，重点观察儿童社会交往、语言和非语言交流）   体格检查及神经系统检查   量表评估CARS量表 □＜30分（非孤独症） □≥30分（孤独症）其他量表 辅助检查  |
| 诊断结果 □排除孤独症 □确诊孤独症 □未确诊，2个月后复查 |
| **共患疾病**（注意缺陷多动障碍、抽动障碍、癫痫、强迫症等）□无 □有，请注明  |
| 确诊孤独症儿童干预康复建议□家庭干预 □社区干预（基层医疗卫生机构）□机构干预 □其他，请具体说明  |
| 医生签字  | 填写日期 **年** **月** **日** |
| 医疗机构  |

**背面**

检验检查结果报告单粘贴处