附件5

免费服用叶酸妇女基本信息及随访登记表

（表二）

姓名＿＿＿　年龄＿＿＿　家庭住址　＿＿＿省　＿＿＿县　＿＿＿乡　＿＿＿村

是否结婚　①　否　②　是　（结婚时间：＿＿年＿月＿日）联系电话＿＿＿＿＿

既往妊娠生育史：①　死胎＿例　详述＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 自然流产＿例
2. 出生缺陷儿＿例（出生缺陷名：＿＿＿＿＿）

是否服用抗癫痫药：①　否　②　是

是否怀孕：①　否　（计划怀孕时间：＿＿＿年＿＿月）

1. 是　（末次月经时间：＿＿＿年＿＿月＿＿日）

是否符合保险条款：　①　是　　②　否

是否签订知情同意书　①　是　　②　否

育龄妇女叶酸发放及随访登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 叶酸 | 发放登记 | | | | 随访登记 | | |
| 发放  时间 | 是否  怀孕 | 孕周  （周） | 领取人  签字 | 随访  时间 | 是否  服完 | 随访者 |
| 第1瓶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第2瓶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第3瓶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第4瓶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第5瓶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第6瓶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第7瓶 |  |  |  |  |  |  |  |
| 第8瓶 |  |  |  |  |  |  |  |

**随访婴儿结局**

本次分娩时间：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 随访时间:\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

婴儿情况:性别：①男 ②女

是否有出生缺陷：①有（名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）②无

随访者\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注:此表由乡镇妇幼健康服务机构留存。