附件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