附件5

**0～6岁儿童心理行为发育复筛转诊单**

**（第一联 县级妇幼保健机构留存）**

编 号□□□□□□□□□□□□□□□□□

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□□□

家长姓名 联系电话

转诊原因

1病史询问 □未见明显异常 □存在疑似孤独症症状，具体为:

2发育量表评估（儿心量表-II） □未见明显异常 □可疑（评估得分0～79分）

□发育偏离 □发育障碍

3孤独症量表筛查

3.1 M-CHAT结果（ ）个核心项目阳性，（ ）个项目阳性

□未见明显异常 □存在孤独症风险

3.2 ABC结果 分 □未见明显异常 □存在可疑孤独症症状

**儿童存在以上情况，建议转诊到** **医疗机构进一步接受诊断。**

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日

**0～6岁儿童心理行为发育复筛转诊单**

**（第二联 由家长携带至诊断机构留存）**

**备注：就诊时须携带本转诊单和0～6岁儿童心理行为发育复筛记录表**

编 号□□□□□□□□□□□□□□□□□

儿童姓名 性别 出生日期 年 月 日

身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□□□

家长姓名 联系电话

转诊原因

1病史询问 □未见明显异常 □存在疑似孤独症症状，具体为:

2发育量表评估（儿心量表-II） □未见明显异常 □可疑（评估得分70～79分）

□发育偏离 □发育障碍

3孤独症量表筛查

3.1 M-CHAT结果（ ）个核心项目阳性，（ ）个项目阳性

□未见明显异常 □存在孤独症风险

3.2 ABC结果 分 □未见明显异常 □存在可疑孤独症症状

**儿童存在以上情况，建议转诊到** **医疗机构进一步接受诊断。**

医疗机构 医生签字 填写日期 年 月 日