

浙江省产前诊断（筛查）质控中心 文件 浙江省超声医学质控中心

浙产诊（筛）质控中心〔2026〕6号

浙江省产前诊断（筛查）质控中心 超声医学质控中心关于下发浙江省超声产前检查报告模板和告知书模板（2026年版）的通知

各级各类医疗机构：

为落实《国家卫生健康委妇幼司关于进一步做好产前筛查工作的通知》（国卫妇幼出防便函〔2026〕4号）等文件要求，进一步规范我省产前超声检查、超声产前筛查与诊断，省产前诊断（筛查）质控中心、省超声医学质控中心联合组织专家制定《浙江省超声产前检查报告模板和告知书模板（2026年版）》，请认真遵照执行，2024年版相关模板自本通知印发之日起同时废止。

附件：浙江省超声产前检查报告模板和告知书模板（2026 年版）



抄送：浙江省卫生健康委妇幼处

浙江省产前诊断（筛查）质控中心

2026年3月19日印发

附件：

浙江省超声产前检查报告模板和告知书模板

(2026版)

注意事项

1. 报告模板包括产前超声检查、早孕期（孕11~13⁺₆周）超声产前筛查、中孕期（孕20~24⁺₆周）胎儿系统超声筛查、胎儿超声心动图4类。

2. 各类模板中的“检查项目”原则上按照超声检查类医疗服务价格项目明确填写。

3. 模板提供按正常情况描述，对于异常情况请在相应系统的具体结构内容客观描述。

4. 灰色单元格为非必须检查内容，由于客观因素无法观察者，可删除。

5. 图片可以多张；羊水最大平段/羊水指数，各医疗机构可自行选择。

6. “检查项目”填写“早孕期筛查”“胎儿系统性筛查”均属于超声产前筛查报告，应由取得产前诊断或产前筛查资质的医务人员签发。

7. 本次修订在2024年超声产前检查报告模板和告知书模板的基础上，重点参照《国家卫生健康委妇幼司关于进一步做好产前筛查工作的通知》（国卫妇幼出防便函〔2026〕4号）《浙江省医疗保障局关于公布超声检查、综合诊查、康复、精神治疗、麻醉、血液系统、美容整形、物理治疗等8类医疗服务价格项目及医保支付政策的通知》（浙医保发〔2025〕33号）《超声产前筛查指南》（中华超声影像学杂志2022）等文件指南。

8. 测值需要标注单位。建议长度用mm，速度用cm/s。

XXX 医院彩色多普勒超声检查报告单

产前超声检查

姓名_____性别_____年龄_____末次月经_____病案号（门诊号/住院号）_____

申请医师_____

检查项目：_____彩色多普勒超声检查（胎儿）_____



超声所见:

基本情况：（单位mm）

胎儿个数	单胎		名称	测值	名称	测值
胎位			双顶径BPD		脐动脉S/D	
胎动			头围HC		搏动指数PI	
胎盘	位置		腹围AC		阻力指数RI	
	分级		股骨长FL		胎心率(BPM)	
			羊水指数/羊水最大平段			
其他						

（羊水最大平段/羊水指数，各医疗机构自行选择）

超声提示:

宫内孕，单活胎。

温馨提醒:

1. 本检查不进行胎儿畸形筛查，非超声产前筛查。
2. 超声产前筛查主要包括妊娠早期(孕11~13⁺6周)和妊娠中期(孕20~24⁺6周)两次筛查，请至有产前筛查（诊断）资质的医疗机构接受检查。

报告时间（年月日时分）：_____ 报告员：_____ 检查医师：_____ 签名：_____

超声检查仅为影像学辅助检查，检查结果并不作为临床诊断，仅供临床参考。 第__页共__页

超声产前检查报告模板1（双胎）

XXX 医院彩色多普勒超声检查报告单

产前超声检查（双胎）

姓名_____性别_____年龄_____末次月经_____病案号（门诊号/住院号）_____

申请医师_____

检查项目：_____彩色多普勒超声检查（胎儿）（双胎）_____

图片1	图片2
图片3	图片4

超声所见:

基本情况：（单位mm）

A胎:

胎儿个数	双胎（需注明绒毛膜性）		名称	测值	名称	测值
胎位			双顶径BPD		脐动脉S/D	
胎动			头围HC		搏动指数PI	
胎盘	位置		腹围AC		阻力指数RI	
	分级		股骨长FL		胎心率(BPM)	
			羊水指数/羊水最大平段			
其他						

B胎:

胎儿个数	双胎（需注明绒毛膜性）		名称	测值	名称	测值
胎位			双顶径BPD		脐动脉S/D	
胎动			头围HC		搏动指数PI	
胎盘	位置		腹围AC		阻力指数RI	
	分级		股骨长FL		胎心率(BPM)	

			羊水指数/羊水最大平段	
其他				

(羊水最大平段/羊水指数, 各医疗机构自行选择)

超声提示:

宫内孕, 双活胎。

温馨提醒:

1. 本检查不进行胎儿畸形筛查, 非超声产前筛查。
2. 超声产前筛查主要包括妊娠早期(孕11~13⁺⁶周)和妊娠中期(孕20~24⁺⁶周)两次筛查, 请至有产前筛查(诊断)资质的医疗机构接受检查。

报告时间(年月日时分): 报告员: 检查医师: 签名:
 超声检查仅为影像学辅助检查, 检查结果并不作为临床诊断, 仅供临床参考。 第__页共__页

超声产前检查报告模板2

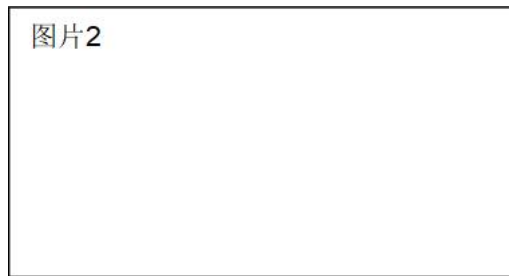
XXX 医院彩色多普勒超声检查报告单

早孕期（11~13⁺⁶ 周）超声产前筛查

姓名_____性别_____年龄_____末次月经_____病案号（门诊号/住院号）_____

申请医师_____

检查项目：早孕期筛查_____



超声所见:

基本情况：（单位mm）

胎儿个数	单胎（多胎需注明绒毛膜性）	名称	测值	名称	测值
胎心率 (BPM)		头臀径 CRL		NT	

超声观察：[符号：‘空’未查、‘√’可显示、‘/’显示不清、‘+’影像阳性、*另外说明]

项目	检查	项目	检查
颅骨光环		脐带腹壁入口	
大脑镰			
双侧脉络丛			

超声提示:

宫内孕，单活胎。

温馨提醒:

请在具备产前筛查（诊断）资质的医疗机构接受早孕期胎儿超声筛查，筛查发现可疑胎儿异常者应到产前诊断机构进行超声产前诊断。

报告时间（年月日时分）：_____ 报告员：_____ 检查医师：_____ 签名：_____

超声检查仅为影像学辅助检查，检查结果并不作为临床诊断，仅供临床参考。 第__页共__页

超声产前检查报告模板3

XXX 医院彩色多普勒超声检查报告单

中孕期（20~24⁺⁶ 周）超声产前筛查

姓名_____性别_____年龄_____末次月经_____病案号（门诊号/住院号）_____

申请医师_____

检查项目：胎儿系统性筛查_____



超声所见：（单位mm）

胎儿个数	单胎（多胎）		名称	测值	名称	测值
胎动			双顶径BPD		脐动脉S/D	
胎盘	位置		头围HC		搏动指数PI	
	分级		腹围AC		阻力指数RI	
	距宫颈内口		股骨长FL		胎心率(BPM)	
	脐带插入处		肱骨长HL			
	脐带插入处	居中/边缘/帆状	羊水最大平段		羊水指数	

超声观察：[符号：‘空’未查、‘√’可显示、‘/’显示不清、‘+’影像阳性、*另外说明]

项目		检查	项目		检查	项目		检查
头颅	颅骨光环		心脏	大小		四肢	左侧肱骨	
	大脑镰			位置			右侧肱骨	
	透明隔腔			四腔心			左侧尺骨	
	侧脑室			左室流出道			右侧尺骨	
	脉络丛			右室流出道			左侧桡骨	
	丘脑			三血管气管			右侧桡骨	
	小脑		脊柱		左侧股骨			
	小脑延髓池		腹部	胃泡			右侧股骨	

				肠管			左侧胫骨	
颜面	上唇			双肾			右侧胫骨	
	双眼眶			膀胱			左侧腓骨	
胸部	双肺			腹壁脐带入口			右侧腓骨	
				双脐动脉				
其他								

超声提示:

宫内孕，单活胎。

温馨提醒:

请在具备产前筛查（诊断）资质的医疗机构接受超声产前筛查，筛查发现可疑胎儿异常者应到产前诊断机构进行超声产前诊断。

报告时间（年月日时分）： 报告员： 检查医师： 签名：

超声检查仅为影像学辅助检查，检查结果并不作为临床诊断，仅供临床参考。 第__页共__页

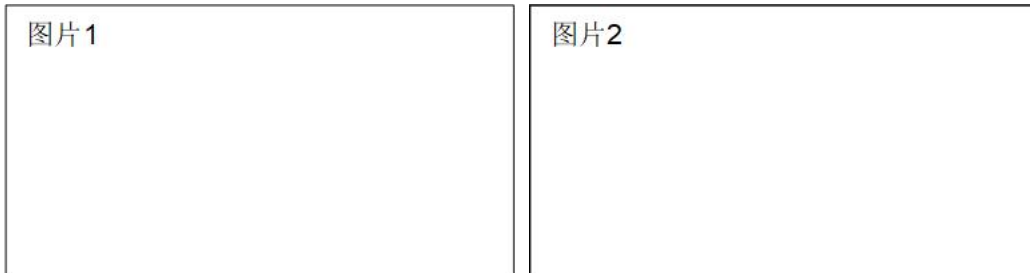
XXX 医院彩色多普勒超声检查报告单

胎儿超声心动图

姓名_____性别_____年龄_____末次月经_____病案号（门诊号/住院号）_____

申请医师_____

检查项目：_____胎儿心脏_____



测量（单位mm，cm/s）

项目	测量	项目	测量	项目	测量
胎位		双顶径		头围	
心胸比（面积比）		胎心率(BPM)		心律	齐/不齐
主动脉内径		肺动脉内径			
主动脉峰值流速		肺动脉峰值流速		动脉导管峰值流速	
其他					

超声所见:

胎儿腹部横切面显示胃泡位于左侧腹腔，腹主动脉位于脊柱左前方，下腔静脉位于脊柱右前方。胎儿心脏位于左侧胸腔，心尖朝向左侧。

四腔心可见，房室形态未见明显异常。

卵圆孔突向左房侧，可见膜状结构。

室间隔连续性未见明显回声中断，室间隔及左室后壁呈逆向运动，左室壁活动协调，各瓣膜形态、回声、活动未见明显异常。

心房~心室连接关系未见明显异常，肺动脉起源于右室，主动脉起源于左室，交叉走行。

主动脉弓和导管弓形态未见明显异常。

心包未见明显积液。

CDFI：各瓣膜区未见明显异常血流信号。卵圆孔处可见右房至左房分流信号。

超声提示:

胎儿超声心动图目前未见明显异常。

温馨提醒：

彩色多普勒超声检查（胎儿心脏）发现可疑胎儿异常者请到有资质的产前诊断机构进行超声产前诊断。

报告时间（年月日时分）： 报告员： 检查医师： 签名：

超声检查仅为影像学辅助检查，检查结果并不作为临床诊断，仅供临床参考。 第__页共__页

超声产前检查报告模板 4 (双胎)

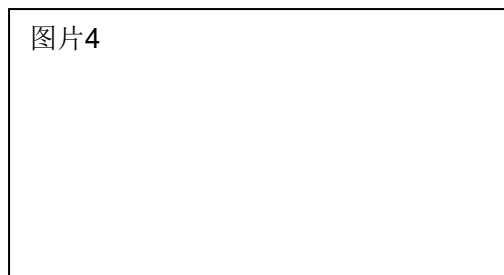
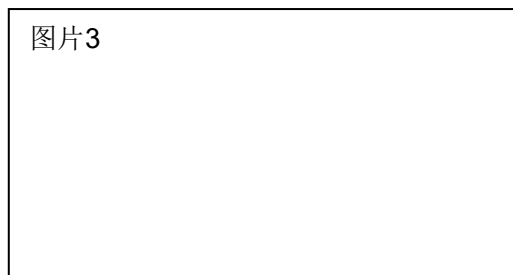
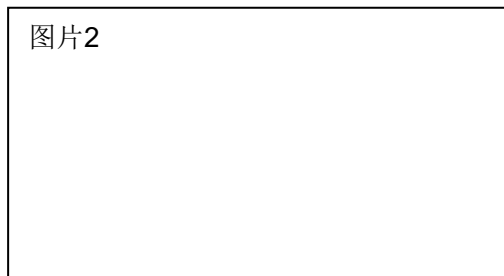
XXX 医院彩色多普勒超声检查报告单

胎儿超声心动图 (双胎)

姓名_____性别_____年龄_____末次月经_____病案号 (门诊号/住院号)_____

申请医师_____

检查项目: _____胎儿心脏 (双胎)



测量 (单位mm, cm/s)

A胎:

项 目	测 量	项 目	测 量	项 目	测 量
胎位		双顶径		头围	
心胸比 (面积比)		胎心率(BPM)		心律	齐/不齐
主动脉内径		肺动脉内径			
主动脉峰值流速		肺动脉峰值流速		动脉导管峰值流速	
其他					

B胎:

项 目	测 量	项 目	测 量	项 目	测 量
胎位		双顶径		头围	
心胸比 (面积比)		胎心率(BPM)		心律	齐/不齐
主动脉内径		肺动脉内径			
主动脉峰值流速		肺动脉峰值流速		动脉导管峰值流速	
其他					

超声所见:

A胎心脏超声检查

胎儿腹部横切面显示胃泡位于左侧腹腔，腹主动脉位于脊柱左前方，下腔静脉位于脊柱右前方。胎儿心脏位于左侧胸腔，心尖朝向左侧。

四腔心可见，房室形态未见明显异常。

卵圆孔突向左房侧，可见膜状结构。

室间隔连续性未见明显回声中断，室间隔及左室后壁呈逆向运动，左室壁活动协调，各瓣膜形态、回声、活动未见明显异常。

心房~心室连接关系未见明显异常，肺动脉起源于右室，主动脉起源于左室，交叉走行。

主动脉弓和导管弓形态未见明显异常。

心包未见明显积液。

CDFI: 各瓣膜区未见明显异常血流信号。卵圆孔处可见右房至左房分流信号。

B胎心脏超声检查

胎儿腹部横切面显示胃泡位于左侧腹腔，腹主动脉位于脊柱左前方，下腔静脉位于脊柱右前方。胎儿心脏位于左侧胸腔，心尖朝向左侧。

四腔心可见，房室形态未见明显异常。

卵圆孔突向左房侧，可见膜状结构。

室间隔连续性未见明显回声中断，室间隔及左室后壁呈逆向运动，左室壁活动协调，各瓣膜形态、回声、活动未见明显异常。

心房~心室连接关系未见明显异常，肺动脉起源于右室，主动脉起源于左室，交叉走行。

主动脉弓和导管弓形态未见明显异常。

心包未见明显积液。

CDFI: 各瓣膜区未见明显异常血流信号。卵圆孔处可见右房至左房分流信号。

超声提示:

胎儿超声心动图目前未见明显异常。

温馨提醒:

彩色多普勒超声检查（胎儿心脏）发现可疑胎儿异常者请到有资质的产前诊断机构进行超声产前诊断。

报告时间（年月日时分）:

报告员:

检查医师:

签名:

超声检查仅为影像学辅助检查，检查结果并不作为临床诊断，仅供临床参考。 第__页共__页

超声产前检查告知书（公示）

从孕11周开始孕妇按产科医生建议，在适宜孕周进行相应超声检查，包括产前超声检查和超声产前筛查。

1.产前超声检查

（1）依据国家卫生健康委关于印发开展助产技术医疗机构基本标准的通知（国卫办妇幼函〔2024〕93号）开展产前超声检查。

（2）服务内容：早孕期评估妊娠囊、绒毛膜性、卵黄囊、头臀长、胎心及子宫附件；中晚孕期评估胎儿数目、胎位、胎心率、生长参数测量、胎盘及羊水情况。

2.超声产前筛查

（1）依据国家卫生健康委办公厅关于进一步加强产前筛查服务管理的通知（国卫办妇幼发〔2025〕6号）开展超声产前筛查。

（2）服务内容：妊娠早期（孕11~13⁺⁶周）对胎儿颈项透明层（NT）厚度等指标测量和观察、妊娠中期（孕20~24⁺⁶周）针对常见严重结构畸形疾病对胎儿进行相应切面的系统筛查。

（3）超声产前筛查发现可疑胎儿异常者建议行产前诊断进一步检查。

3.局限性

超声技术准确性受到诸多因素影响，包括但不限于以下情形：

（1）超声筛查的孕周、胎儿体位、羊水量、孕妇腹壁厚度等因素导致胎儿观察部位不能清楚显像。

（2）胎儿器官逐步发育变化，有些胎儿畸形在妊娠中、晚期及出生后才形成或表现出来，导致在妊娠后期或出生后才发现异常。

（3）超声波本身物理特性存在伪像影响筛查结果。

鉴于以上情况，超声产前筛查不能检出所有胎儿畸形。如胎儿耳及耳道、鼻、手足指/趾、微小唇裂、不典型面裂、单纯腭裂、较小的室间隔缺损、胆道异常等畸形，均存在漏检的可能性。

4.孕妇要科学认识超声产前筛查的效果和局限性，不盲目轻信夸大超声产前筛查技术效果的宣传。

5.超声产前筛查发现可疑胎儿异常者应到产前诊断机构进行超声产前诊断，超声产前诊断主要针对胎儿可疑异常部位进行诊断。

6.禁止非医学需要的胎儿性别鉴定。禁止非法使用超声诊断仪器开展“胎儿摄影”等非医学需要的超声检查。

早孕期超声产前筛查知情同意书

- 1.本次超声检查为孕妇在妊娠 11~13⁺⁶ 周接受的超声产前筛查，对胎儿颈项透明层（NT）厚度等指标测量和观察。
- 2.建议在具备产前筛查或产前诊断资质的机构，于妊娠中期(孕20~24⁺⁶周)针对常见严重结构畸形疾病对胎儿进行相应切面的系统筛查。
- 3.超声产前筛查发现可疑胎儿异常者建议行产前诊断进一步检查。
- 4.超声检查仅影像学辅助检查，检查结果并不作为临床诊断，仅供临床参考。
- 5.据国家相关规定，禁止胎儿性别鉴定。

以上各项内容请孕妇及家属仔细阅读，如已理解并同意此知情同意书告知的该项检查的意义、存在的局限性等，并要求接受该项检查，请签字。

以上各条均已阅读，我已完全知情并理解，并要求进行该项检查。

孕妇签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

家属/法定代理人签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

医生签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

超声产前筛查知情同意书

1.本次超声检查为孕妇在妊娠20~24⁶周接受的超声产前筛查，针对常见严重结构畸形疾病对胎儿进行相应切面的系统筛查。

2.超声产前检查准确性受到诸多因素影响，不能检出所有胎儿畸形。可能造成结果假象的影响因素包括但不限于：孕周、胎儿体位、羊水量、孕妇腹壁厚度导致胎儿观察部位被遮挡，胎儿器官逐步发育变化（有些胎儿畸形是在妊娠中、晚期才形成或表现出来），以及超声本身存在伪像等。尤其对眼、耳、指、趾、腭、生殖器等结构异常受到胎儿位置和姿势等限制，无法观察显示。此外，对于神经、智力及功能异常等无法通过超声产前筛查检出。

3.本次检查只对胎儿心脏做初步筛查，特殊情况建议胎儿超声心动图检查。

4.超声产前筛查发现可疑胎儿异常者建议行产前诊断进一步检查。

5.超声检查仅影像学辅助检查，检查结果并不作为临床诊断，仅供临床参考。

6.据国家相关规定，禁止胎儿性别鉴定。

以上各项内容请孕妇及家属仔细阅读，如已理解并同意此知情同意书告知的该项检查的意义、存在的局限性等，并要求接受该项检查，请签字。

以上各条均已阅读，我已完全知情并理解，并要求进行该项检查。

孕妇签名：_____ 签字日期：_____年___月___日

家属/法定代理人签名：_____ 签字日期：_____年___月___日

医生签名：_____ 签字日期：_____年___月___日

超声产前诊断知情同意书

超声产前诊断是在产前诊断机构，由具有超声产前诊断资质的医师，通过超声检查针对可疑异常胎儿或者高危胎儿进行严重结构畸形诊断。

1.本次超声检查主要目的为对胎儿进行系统、全面超声检查，并对常规超声产前筛查发现的可疑异常部位进行重点检查。针对异常情况，在超声产前筛查切面基础上，增加相应超声检查切面，并进行针对性观察、判断和详细描述。

2.超声产前检查准确性受到诸多因素影响，不能检出所有胎儿畸形。可能造成结果假象的影响因素包括但不限于：孕周、胎儿体位、羊水量、孕妇腹壁厚度导致胎儿观察部位被遮挡，胎儿器官逐步发育变化（有些胎儿畸形是在妊娠中、晚期才形成或表现出来），以及超声本身存在伪像等。尤其对眼、耳、指、趾、腭、生殖器等结构异常受到胎儿位置和姿势等限制，无法观察显示。此外，对于神经、智力及功能异常等无法通过超声产前筛查检出。

3.本次检查只对胎儿心脏做初步筛查，特殊情况建议进行胎儿心脏超声产前诊断检查。

4.孕妇请科学认识超声产前诊断技术的效果和局限性，应进行必要的复查及其他相关的产前诊断检查。

5.检查仅为影像学辅助检查，检查结果不作为临床诊断，仅供临床参考。

6.据国家相关规定，禁止胎儿性别鉴定。

以上各项内容请孕妇及家属仔细阅读，如已理解并同意此知情同意书告知的该项检查的意义、存在的局限性等，并要求接受该项检查，请签字。

以上各条均已阅读，我已完全知情并理解，并要求进行该项检查。

孕妇签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

家属/法定代理人签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

医生签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

胎儿超声心动图知情同意书

1.胎儿超声心动图是产前了解胎儿主要心血管结构及大体形态的常用无创医学影像检查，主要目的是检出严重致死、预后不良的胎儿先天性心血管畸形。

2.受超声技术的局限性及胎儿的特殊性，本检查不能完全排除胎儿心脏畸形，也无法对胎儿以后的发育做出预测，超声诊断不等同于临床诊断。

3.胎儿超声心动图检查受一些潜在因素影响，包括孕妇腹壁脂肪、手术疤痕等可导致超声波衰减、图像质量差；羊水过多时胎儿频繁活动，胎儿心脏距探头的位置过深，难以获得标准切面；羊水过少时缺乏羊水作为透声窗口，胎儿结构的显示难度增加等。

4.胎儿超声心动图检查的最佳检查时间为孕 20~28 周，孕20 周之前胎儿心脏较小显示较为困难；孕28周之后胎儿较大，声窗逐渐变差。若您错过了最佳检查时间，部分诊断切面可能显示不清，增加畸形漏检风险。

5.部分心血管异常（如主动脉狭窄、主动脉缩窄等）会在胎儿期进展，中孕期检查无明显异常，不代表后续无病变，需按建议及时随诊复诊。

6.继发孔房间隔缺损或卵圆孔未闭、动脉导管未闭需产后才能明确诊断。

7.单纯小型室间隔缺损、轻中度瓣膜狭窄等，产前超声可能无异常表现，存在诊断局限性。

8.肺静脉异位引流、冠状动脉畸形、三尖瓣下移畸形（Ebstein 畸形）等各类瓣膜病变、心肌病、心肌致密化不全及体静脉异常，胎儿超声心动图产前难以诊断。

9.胎儿超声心动图是超声心动图检查的一个类型，不对心脏大血管外的畸形进行检查。

10.检查报告“未见明显异常”不等于“完全正常”。

11.诊断为胎儿先天性心脏病、心律失常，建议进一步临床咨询。

12.据国家相关规定，禁止胎儿性别鉴定。

以上各项内容请孕妇及家属仔细阅读，如已理解并同意此知情同意书告知的该项检查的意义、存在的局限性等，并要求接受该项检查，请签字。

以上各条均已阅读，我已完全知情并理解，并要求进行该项检查。

孕妇签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

家属/法定代理人签名：_____ 签字日期：_____年__月__日

医生签名：_____ 签字日期：_____年__月__日