附件1

相对贫困青少年健康档案模板

|  |
| --- |
| **编号□□□□□□-□□□-□□□-□□□□□**    **居民健康档案**      姓 名：  现 住 址：  户籍地址：  联系电话：    乡镇（街道）名称：    村（居）委会名称：  建档单位：  建 档 人：  责任医生：    建档日期： 年 月 日 |

**个人基本信息表**

**姓 名： 编号□□□-□□□□□**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性 别 | | 1男 2女 9未说明的性别 0未知的性别 □ | | | | 出生日期 | | □□□□ □□ □□ | | | | | |
| 身份证号 | |  | | 地址 | |  | | | | | | | |
| 本人电话 | |  | 联系人姓名 |  | | 联系人电话 | |  | | | | | |
| 常住类型 | | 1户籍 2非户籍 □ | | 民 族 | | 01汉族 99少数民族 □ | | | | | | | |
| 血 型 | | 1 A型 2 B型 3 O型 4 AB型 5不详 / RH：1阴性2阳性3不详 □/□ | | | | | | | | | | | |
| 文化程度 | | 1高中2初中3小学4文盲或半文盲5不详 □ | | | | | | | | | | | |
| 医疗费用  支付方式 | | 1城镇职工基本医疗保险 2城镇居民基本医疗保险 3新型农村合作医疗  4贫困救助 5商业医疗保险 6全公费 7全自费 8其他 | | | | | | | | | □/□/□ | | |
| 药物过敏史 | | 1无 2青霉素 3磺胺 4链霉素 5其他 | | | | | | | □/□/□/□ | | | | |
| 暴 露 史 | | 1无 2化学品 3毒物 4射线 | | | | | | | | □/□/□ | | | |
| 既 往 史 | 疾病 | 1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病 5慢性阻塞性肺疾病 6恶性肿瘤 7脑卒中  8严重精神障碍　9结核病 10肝炎 11其他法定传染病 12职业病 13其他  ☑ 确诊时间 年 月/ □ 确诊时间 年 月/ ☑ 确诊时间 年 　月  □ 确诊时间 年 月/ □ 确诊时间 年 月/ □ 确诊时间 年 　月 | | | | | | | | | | | |
| 手 术 | 1无 2有：名称① 时间 / 名称② 时间 | | | | | | | | | | □ | |
| 外 伤 | 1无 2有：名称① 时间 / 名称② 时间 | | | | | | | | | | □ | |
| 输 血 | 1无 2有：原因① 时间 / 原因② 时间 | | | | | | | | | | □ | |
| 家 族 史 | | 父 亲 | □/□/□/□/□/□ | | 母 亲 | | □/□/□/□/□/□ | | | | | | |
| 兄弟姐妹 | □/□/□/□/□/□ | |
| 1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病 5慢性阻塞性肺疾病 6恶性肿瘤 7脑卒中  8严重精神障碍 9结核病 10肝炎 11先天畸形 12其他 | | | | | | | | | | | |
| 遗传病史 | | 1无 2有：疾病名称 □ | | | | | | | | | | | |
| 残疾情况 | | 1无残疾 2 视力残疾 3听力残疾 4言语残疾 5 肢体残疾  6智力残疾 7精神残疾 8其他残疾 | | | | | | □/□/□/□/□/□ | | | | | |
| 生活环境\* | | 厨房排风设施 | 1无 2油烟机 3换气扇 4烟囱 | | | | | | | | | | □ |
| 燃料类型 | 1液化气 2煤 3天然气 4沼气 5柴火 6其他 | | | | | | | | | | □ |
| 饮水 | 1自来水 2经净化过滤的水 3井水 4河湖水 5塘水 6其他 | | | | | | | | | | □ |
| 厕所 | 1卫生厕所 2一格或二格粪池式 3马桶 4露天粪坑 5简易棚厕 | | | | | | | | | | □ |
| 禽畜栏 | 1无 2单设 3室内 4室外 | | | | | | | | | | □ |

**填表说明：**

1．本表用于居民首次建立健康档案时填写。如果居民的个人信息有所变动，可在原条目处修改，并注明修改时间或重新填写。若失访，在空白处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。若迁出，记录迁往地点基本情况、档案交接记录。

2．性别：按照国标分为男、女、未知的性别及未说明的性别。

3．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19490101。

4．联系人姓名：填写与建档对象关系紧密的亲友姓名。

5．民族：少数民族应填写全称，如彝族、回族等。

6．血型：在前一个“□”内填写与ABO血型对应编号的数字；在后一个“□”内填写与“RH”血型对应编号的数字。

7．文化程度：指截至建档时间，本人接受国内外教育所取得的最高学历或现有水平所相当的学历。

8．药物过敏史：表中药物过敏主要列出青霉素、磺胺或者链霉素过敏，如有其他药物过敏，请在其他栏中写明名称。

9．既往史：

（1）疾病 填写现在和过去曾经患过的某种疾病，包括建档时还未治愈的慢性病或某些反复发作的疾病，并写明确诊时间，如有恶性肿瘤，请写明具体的部位或疾病名称，如有职业病，请填写具体名称。对于经医疗单位明确诊断的疾病都应以一级及以上医院的正式诊断为依据，有病史卡的以卡上的疾病名称为准，没有病史卡的应有证据证明是经过医院明确诊断的。可以多选。

（2）手术 填写曾经接受过的手术治疗。如有，应填写具体手术名称和手术时间。

（3）外伤 填写曾经发生的后果比较严重的外伤经历。如有，应填写具体外伤名称和发生时间。

（4）输血 填写曾经接受过的输血情况。如有，应填写具体输血原因和发生时间。

10．家族史：指直系亲属（父亲、母亲、兄弟姐妹）中是否患过所列出的具有遗传性或遗传倾向的疾病或症状。有则选择具体疾病名称对应编号的数字，可以多选。没有列出的请在“其他”中写明。

11.生活环境：农村地区在建立居民健康档案时需根据实际情况选择填写此项。

**健康体检表**

**姓 名： 编号□□□-□□□□□**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体检日期 | | 年 月 日 | | | | 责任医生 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **内 容** | **检 查 项 目** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症  状 | 1无症状 2头痛 3头晕 4心悸 5胸闷 6胸痛 7慢性咳嗽 8咳痰 9呼吸困难 10多饮  11多尿 12体重下降 13乏力 14关节肿痛15视力模糊16手脚麻木17尿急18尿痛  19便秘 20腹泻21恶心呕吐22眼花 23耳鸣 24乳房胀痛 25其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | □/□/□/□/□/□/□/□/□/□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一  般  状  况 | 体 温 | | ℃ | | | 脉 率 | | | | | | 次/分钟 | | | | | | | | | | |
| 呼吸频率 | | 次/分钟 | | | 血 压 | | | | | | 左 侧 | | | | / mmHg | | | | | | |
| 右 侧 | | | | / mmHg | | | | | | |
| 身 高 | | cm | | | 体 重 | | | | | | kg | | | | | | | | | | |
| 腰 围 | | cm | | | 体质指数（BMI） | | | | | | Kg/m2 | | | | | | | | | | |
| 生  活  方  式 | 体育锻炼 | | 锻炼频率 | 1每天 2每周一次以上 3偶尔 4不锻炼 | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 每次锻炼时间 | 分钟 | | | | | 坚持锻炼时间 | | | | | | 年 | | | | | | | |
| 锻炼方式 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 饮食习惯 | | 1荤素均衡 2荤食为主 3素食为主 4嗜盐 5嗜油 6嗜糖 | | | | | | | | | | | | | | | | | □/□/□ | | |
| 吸烟情况 | | 吸烟状况 | 1从不吸烟　　　2已戒烟　　　 3吸烟 | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 日吸烟量 | 平均 支 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开始吸烟年龄 | 岁 | | | | | 戒烟年龄 | | | | | | 岁 | | | | | | | |
| 饮酒情况 | | 饮酒频率 | 1从不 2偶尔 3经常 4每天 | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 日饮酒量 | 平均 两 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 是否戒酒 | 1未戒酒 2已戒酒，戒酒年龄： 岁 | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 开始饮酒年龄 | 岁 | | | | | 近一年内是否曾醉酒 | | | | | | | | 1是 2否 | | | | | □ |
| 饮酒种类 | 1白酒2啤酒3红酒 4黄酒 5其他 | | | | | | | | | | | | | | | □/□/□/□ | | | |
| 脏  器  功  能 | 口 腔 | | 口唇 1红润 2苍白 3发绀 4皲裂 5疱疹  齿列 1正常 2缺齿 3龋齿 4义齿(假牙)  咽部 1无充血 2充血 3淋巴滤泡增生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □  □/□/□  □ |
| 视 力 | | 左眼 右眼 （矫正视力：左眼 右眼 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 听 力 | | 1听见 2听不清或无法听见 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 运动功能 | | 1可顺利完成 2无法独立完成任何一个动作 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 查  体 | 皮 肤 | | 1正常 2 潮红 3苍白 4发绀 5黄染 6色素沉着 7其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 巩 膜 | | 1正常 2 黄染 3充血 4其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 淋巴结 | | 1未触及 2锁骨上 3腋窝 4其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 肺 | | 桶状胸：1否　　2是 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 呼吸音：1正常 2异常 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 罗 音：1无 　 2干罗音 3湿罗音 4其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 心 脏 | | 心率： 次/分钟 心律：1齐 2不齐 3绝对不齐  杂音：1无 2有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □  □ |
| 腹 部 | | 压痛：1无 2有  包块：1无 2有  肝大：1无 2有  脾大：1无 2有  移动性浊音：1无 2有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □  □  □  □  □ |
| 下肢水肿 | | 1无 2单侧 3双侧不对称 4双侧对称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现存主要健康问题 | 脑血管疾病 | | 1未发现 2缺血性卒中 3脑出血 4蛛网膜下腔出血 5短暂性脑缺血发作 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6其他 | | | | | | | | | | | | | | | □/□/□/□/□ | | | | |
| 肾脏疾病 | | 1未发现 2糖尿病肾病 3肾功能衰竭 4急性肾炎 5慢性肾炎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6其他 | | | | | | | | | | | | | | | □/□/□/□/□ | | | | |
| 心脏疾病 | | 1未发现 2心肌梗死 3心绞痛 4冠状动脉血运重建 5充血性心力衰竭 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 心前区疼痛 7其他 | | | | | | | | | | | | | | | □/□/□/□/□/□ | | | | |
| 血管疾病 | | 1未发现 2夹层动脉瘤 3动脉闭塞性疾病 4其他 | | | | | | | | | | | | | | | □/□/□ | | | | |
| 眼部疾病 | | 1未发现 2视网膜出血或渗出 3视乳头水肿 4白内障 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5其他 | | | | | | | | | | | | | | | □/□/□/□ | | | | |
| 神经系统疾病 | | 1未发现 2有 | | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | |
| 其他系统疾病 | | 1未发现 2有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ | |
| 住院治疗情况 | 住院史 | | 入/出院日期 | | | | 原 因 | | | | 医疗机构名称 | | | | | | | | 病案号 | | | |
| / | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| / | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 家 庭  病床史 | | 建/撤床日期 | | | | 原 因 | | | | 医疗机构名称 | | | | | | | | 病案号 | | | |
| / | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| / | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 主要用药  情况 | 药物名称 | | 用 法 | | 用 量 | | | | | 用药时间 | | | | 服药依从性  1规律　2间断　3不服药 | | | | | | | | |
| 1 | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| 2 | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| 3 | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| 4 | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| 5 | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| 6 | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| 非免疫  规划预防接种史 | 名 称 | | 接种日期 | | 接种机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康  评价 | 1体检无异常 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □  2有异常  异常1  异常2  异常3  异常4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健  康  指  导 | 1纳入慢性病患者健康管理  2建议复查  3建议转诊  □/□/□ | | | | | | | 危险因素控制： □/□/□/□/□/□/□  1戒烟 2健康饮酒 3饮食 4锻炼  5减体重（目标 Kg）  6建议接种疫苗  7其他 | | | | | | | | | | | | | | |

附件2

特定疾病筛查指引（试行）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **脊柱**  **侧弯** | **人工筛查** | | | | | | | | | | | | **X光正筛查** | | |
| 站立位背面观 | | | | | | 站立位 侧面观 | | | 站立位 正面观 | | | 站立位全脊柱X光  正侧位片 | | |
| 头偏 | 肩高 | 肩胛 | 腰凹 | 骨盆 | | 背部 | 腰部 | | 胸部隆起 | 肋弓隆起 | | 站立正位X线片的脊柱向侧方弯曲大于10° | | |
| 左□  右□ | 左□  右□ | 左□  右□ | 左□  右□ | 左□  右□ | | 后凸□  前凸□ | 后凸□  前凸□ | | 左□  右□ | 左□  右□ | | 是□  否□ | | |
| 人工筛查体征达到2个或以上，专业Scoliometer脊柱侧弯测量尺背部隆起≥5°，判断为疑似侧弯患者，如有条件建议拍站立位全脊柱X光正侧位片再确认。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **口腔** | **全口涂氟筛查内容** | | | | | | | | **窝沟封闭筛查内容** | | | | | | |
| 乳牙萌出 | | 没有龋坏 | | | 家长签订同意书 | | | 第一磨牙或第二磨牙完全萌出 | | | 有深窝沟 | | 没有龋坏 | 家长签订同意书 |
| 全口涂氟面向3-6岁儿童，并满足以上3个条件。 | | | | | | | | 窝沟封闭面向16岁以下儿童，并满足以上4个条件。 | | | | | | |
| **先天性**  **心脏病** | 查体：颈静脉明显怒张，心前区可见明显隆起，心前区可触及震颤，心脏听诊可闻及杂音，肝脏可触及明显增大。发绀型先天性心脏病可出现口唇及手指、足趾紫绀，杵状指。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状：呼吸急促、吃奶费力、活动耐量下降、易感冒、发育迟缓、紫绀。 | | | | | | | | | | | | | | |

附件3

相对贫困青少年特定疾病筛查情况汇总表

地市： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序 号** | **县** | **镇** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **联系方式** | **患有脊柱侧弯**  **打“√”** | **接受**  **氟涂料局项目**  **打“√”** | **接受**  **窝沟封闭项目**  **打“√”** | **患有**  **先天性心脏病**  **打“√”** | **是否需要进行**  **先天性心脏病手术** | **患有**  **唇腭裂**  **打“√”** | **视力障碍打“√”** | **其他**  **疾病** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 是□  无法判断□ | □ | □ | □ | 是□ 否□  无法判断□ | □ | □ |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 是□  无法判断□ | □ | □ | □ | 是□ 否□  无法判断□ | □ | □ |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 是□  无法判断□ | □ | □ | □ | 是□ 否□  无法判断□ | □ | □ |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 是□  无法判断□ | □ | □ | □ | 是□ 否□  无法判断□ | □ | □ |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 是□  无法判断□ | □ | □ | □ | 是□ 否□  无法判断□ | □ | □ |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  | 是□  无法判断□ | □ | □ | □ | 是□ 否□  无法判断□ | □ | □ |  |

说明：符合情况的打“√”，没有的可忽略不填（无需打“×”）。

\*各项正常且不需要接受治疗的青少年的情况不需要填进此汇总表格。

附件4

氟涂料局部应用知情同意书

尊敬的家长：您好！

口腔健康是全身健康的基础，龋病（蛀牙、虫牙）是危害青少年口腔健康的常见疾病。为了预防龋病的发生，团省委拟于2020年7-9月邀请中山大学附属口腔医院医师，为符合条件的青少年免费实施口腔检查及涂氟防龋公共卫生服务项目。

届时，由专业医务人员为您的孩子进行口腔健康检查，并为符合检查结果和适应症（非过敏体质、无哮喘病史，目前没有服用其他含氟药物，包括氟凝胶，氟药片与氟滴剂）的孩子全口牙齿涂抹氟涂料，操作时间为半分钟到一分钟的时间。

请您确认孩子的情况，在下方意见栏勾选同意/或不同意进行涂氟，并于签名确认后交给调研人员，谢谢！

注意：1、进行口腔检查及涂氟前需刷牙漱口，保持牙面清洁。

2、涂氟完成后，4小时内不可漱口、饮水、进食及刷牙。

意见栏：本家长 □同意 □不同意 孩子（姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_进行涂氟处理。

家长签名：

日期： 年 月 日

附件5

窝沟封闭项目应用知情同意书

尊敬的家长：您好！

口腔健康是全身健康的基础，龋病（蛀牙、虫牙）是危害青少年口腔健康的常见疾病。为了预防龋病的发生，团省委拟于2020年7-9月邀请中山大学附属口腔医院医师，为符合条件的青少年免费实施口腔检查及窝沟封闭公共卫生服务项目。

窝沟封闭项目，采用合成的有机高分子树脂材料，经过固化处理后，可长期保存在牙齿咬合面的窝沟内，隔绝食物、细菌进入窝沟，从而阻碍龋齿的发生，是目前最科学、安全的预防龋齿方法之一。届时，由专业医务人员为您的孩子进行口腔健康检查，并为符合检查结果和适应症（第一磨牙或第二磨牙完全萌出，有深的窝沟），并且无禁忌症（非过敏体质、无哮喘病史、无龋坏等）的孩子进行窝沟封闭项目操作，操作时间约为10分钟。

请您确认孩子的情况，在下方意见栏勾选同意/或不同意进行窝沟封闭项目，并于签名确认后交给调研人员，谢谢！

注意：1.治疗后半小时内不能喝水、漱口和进食。

2.数天内不能进食较硬的食物，以免窝沟封闭材料脱落。

3.若出现咬合过高或者吃东西疼痛等，应及时到医院就诊。

意见栏：本家长 □同意 □不同意 孩子（姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_进行窝沟封闭项目。

家长签名：

日期： 年 月 日

附件6

工作对接通讯录

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **有关地市团委** | | | | | | **省统筹有关医院（特定疾病问题）** | | | | |
| **序号** | **地市** | **相对贫困青少年（人）** | **联系人** | **职务** | **联系方式** | **项目** | **医院** | **联系人** | **职务** | **联系方式** |
| 1 | 汕头 | 13 | 陈臻 | 工农部部长 | 13822851218 | 脊柱侧弯 | 南方医科大学南方医院 | 姚玲 | 团支部书记 | 18602012332 |
| 先天性心脏病、唇腭裂、视力 | 广东省第二人民医院 | 杨哲 | 团委书记 | 13632368199 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 2 | 韶关 | 256 | 李小伟 | 青发部三级主任科员 | 0751-8897230 | 脊柱侧弯、  先天性心脏病 | 广东省人民医院 | 马萍 | 团委书记 | 13580515916 |
| 唇腭裂 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 视力 | 中山大学眼科中心 | 梁晓松 | 团委书记 | 13560440500 |
| 3 | 河源 | 59 | 李旭军 | 志愿者工作部部长 | 0762-3232180 | 脊柱侧弯 | 广东省新苗脊柱侧弯预防中心 | 辛翠莹 | 项目负责人 | 15218953370 |
| 先天性心脏病、  唇腭裂 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 视力 | 中山大学眼科中心 | 梁晓松 | 团委书记 | 13560440500 |
| 4 | 梅州 | 179 | 黄卓藩 | 梅州市志愿者联合会秘书长 | 13823831525 | 脊柱侧弯 | 南方医科大学第三附属医院 | 林浩 | 团委书记 | 13570549677 |
| 先天性心脏病 | 广东省中医院 | 何仲奎 | 团委书记 | 15018484841 |
| 唇腭裂 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 视力 | 中山大学眼科中心 | 梁晓松 | 团委书记 | 13560440500 |
| 5 | 惠州 | 198 | 林舜谦 | 组织部主任 | 13829961338 | 脊柱侧弯 | 广东省新苗脊柱侧弯预防中心 | 辛翠莹 | 项目负责人 | 15218953370 |
| 先天性心脏病 | 广州医科大学附属第一医院 | 莫明聪 | 团委书记 | 13824405451 |
| 唇腭裂、视力 | 广东省第二人民医院 | 杨哲 | 团委书记 | 13632368199 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 6 | 汕尾 | 74 | 黄灏 | 组织部四级主任科员 | 0660-3361700 | 脊柱侧弯 | 南方医科大学南方医院 | 姚玲 | 团支部书记 | 18602012332 |
| 先天性心脏病、唇腭裂、视力 | 广东省第二人民医院 | 杨哲 | 团委书记 | 13632368199 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 7 | 阳江 | 10 | 叶子琳 | 志愿者服务指导中心主任 | 0662-3336835 | 脊柱侧弯 | 南方医科大学第三附属医院 | 林浩 | 团委书记 | 13570549677 |
| 先天性心脏病 | 广东省中医院 | 何仲奎 | 团委书记 | 15018484841 |
| 唇腭裂 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 视力 | 中山大学眼科中心 | 梁晓松 | 团委书记 | 13560440500 |
| 8 | 湛江 | 889 | 许剑飞 | 宣传部部长 | 13922078577 | 脊柱侧弯、  先天性心脏病 | 广东省人民医院 | 马萍 | 团委书记 | 13580515916 |
| 唇腭裂 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 视力 | 中山大学眼科中心 | 梁晓松 | 团委书记 | 13560440500 |
| 9 | 茂名 | 1379 | 徐丹 | 青年志愿者行动指导中心主任 | 15818933318 | 脊柱侧弯 | 南方医科大学第三附属医院 | 林浩 | 团委书记 | 13570549677 |
| 先天性心脏病 | 广东省中医院 | 何仲奎 | 团委书记 | 15018484841 |
| 唇腭裂 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 视力 | 中山大学眼科中心 | 梁晓松 | 团委书记 | 13560440500 |
| 10 | 肇庆 | 439 | 张新喜 | 宣传部部长 | 13509986029 | 脊柱侧弯 | 广东省人民医院 | 马萍 | 团委书记 | 13580515916 |
| 唇腭裂 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 视力 | 中山大学眼科中心 | 梁晓松 | 团委书记 | 13560440500 |
| 先天性心脏病 | 广州医科大学附属第一医院 | 莫明聪 | 团委书记 | 13824405451 |
| 11 | 揭阳 | 32 | 方骏升 | 宣传部部长 | 13927060603 | 脊柱侧弯 | 南方医科大学南方医院 | 姚玲 | 团支部书记 | 18602012332 |
| 先天性心脏病、唇腭裂、视力 | 广东省第二人民医院 | 杨哲 | 团委书记 | 13632368199 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 12 | 潮州 | 10 | 陈一思 | 青发部部长 | 15992383476 | 脊柱侧弯 | 南方医科大学南方医院 | 姚玲 | 团支部书记 | 18602012332 |
| 先天性心脏病、唇腭裂、视力 | 广东省第二人民医院 | 杨哲 | 团委书记 | 13632368199 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 13 | 云浮 | 555 | 阙汉机 | 志愿者联合会办公室负责人 | 13927121791 | 脊柱侧弯 | 广东省新苗脊柱侧弯预防中心 | 辛翠莹 | 项目负责人 | 15218953370 |
| 先天性心脏病 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 唇腭裂、视力 | 广东省第二人民医院 | 杨哲 | 团委书记 | 13632368199 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |
| 14 | 清远 | / | 李一赫 | 青年发展与权益部部长 | 139225555  24 | 脊柱侧弯 | 广东省新苗脊柱侧弯预防中心 | 辛翠莹 | 项目负责人 | 15218953370 |
| 先天性心脏病 | 广东省妇幼保健院 | 梁德懿 | 团委书记 | 13824434648 |
| 唇腭裂、视力 | 广东省第二人民医院 | 杨哲 | 团委书记 | 13632368199 |
| 口腔 | 中山大学附属口腔医院 | 麦志伟 | 团委副书记 | 15902078107 |