附件2

计划生育手术并发症申请及鉴定表

申 请 人：

 所在行政区： 区县（自治县）

 乡（镇、街道）

 村（居委会）

重庆市卫生健康委员会

一、计划生育手术并发症首次鉴定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受术者基 本情 况 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 本人1寸照片 |
| 身份证号 |  | 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 职业 |  |
| 现住址 |  |
| 施行计划生育手 术情 况 | 手术名称 |  | 施术时间 |  年 月 日 |
| 施术地点 |  | 施术单位 |  |
| 申请鉴定理由 | （描述术后不适发生时间及相应治疗等，并将有关材料附于表后）： 申请人（签字/公章）：  年 月 日 |
| 提供有关证 件 | （提供原件，并留复印件，附在最后页上）1.受术者 2、施术机构 （1）有效身份证（ ） （2）执业许可证明 （2）婚姻证明 （ ） （2）施术人员资质证明（3）施行计划生育手术的证明（ ） （3）其他（4）其他 |
| 所在村（居）委会意见 | 所在村（居）委员会审核意见：   负责人（签字）： 村（居）委员会公章： 年 月 日 |
| 所在乡镇（街道）意见 | 所在乡镇（街道）卫生健康办审核意见： 卫生健康办主任（签字）： 乡镇（街道）分管负责人（签字）： 乡镇（街道）政府公章： （注：县级鉴定前填写） 年 月 日 |
| 施术单位所在地的县级卫生健康行政部门审查意见 |    负责人（签字）： 单位公章： （注：县级鉴定前填写） 年 月 日 |

计划生育手术并发症技术鉴定书（县级）

|  |  |
| --- | --- |
| 县级鉴定记录 | 主诉：查体检查项目及结果（检查报告单附后）：诊断的疾病名称：是否与手术有关：鉴定结论：属于、不属于 术后并发症并发症等级划分： 级 等医疗护理建议：鉴定组专家签字：鉴定组组长签字：鉴定时间： 年 月 日 |
| 县级卫生健康行政部门鉴定审核 意见 | 承办人（签字）： 负责人（签字）：时间： 年 月 日 时间： 年 月 日 |

三、申请市级卫生健康行政部门鉴定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受术者基 本情 况 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 本人1寸照片 |
| 身份证号 |  | 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 职业 |  |
| 现住址 |  |
| 施行计划生育手 术情 况 | 手术名称 |  | 施术时间 |  年 月 日 |
| 施术地点 |  | 施术单位 |  |
| 县级鉴定结论 |  1.属于计划生育手术并发症，为 级 等 术后并发症。2. 不属于 计划生育手术并发症。  鉴定日期： 年 月 日 |
| 申请再次鉴定理由 | 申请人（签字/公章）： 申请日期： 年 月 日 |
| 施术单位所在地的县级卫生健康行政部门上报市级鉴定意 见 |   负责人（签字）： 单位公章：（注：上报市级鉴定前填写） 年 月 日 |
| 重庆市卫生健康委审查意见 |   负责人（签字）： 单位公章：（注：市级鉴定前填写） 年 月 日 |

四、计划生育手术并发症技术鉴定书（市级）

|  |  |
| --- | --- |
| 市级鉴定记录 | 主诉：查体检查项目及结果（检查报告单附后）：诊断的疾病名称：是否与手术有关：鉴定结论：属于、不属于 术后并发症并发症等级划分： 级 等医疗护理建议：鉴定组专家签字：鉴定组组长签字：鉴定时间： 年 月 日 |
| 受委托承担市级鉴定单位鉴定审核意见 | 承办人（签字）： 负责人（签字）：时间： 年 月 日 时间： 年 月 日 |
| 重庆市卫生健康委鉴定审核意见 | 承办人（签字）： 负责人（签字）：时间： 年 月 日 时间： 年 月 日 |

五、资料粘贴页（有关本人证件、医疗文书资料、检查报告单等粘贴、装订此页或后页）