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）