# 某某人民医院死亡病例报告卡（精选5篇）

来源：网络 作者：平静如水 更新时间：2024-08-30

*第一篇：某某人民医院死亡病例报告卡XXXX市人民医院死亡病例报告卡\*死者姓名：（死亡儿童家长姓名）：住院号： 身份证号：□□□□□□□□□□□□□□□□□\*性别：□男□女\*民族：\*职业：职业代码见附3正确填写格式举例：B 11）\*户籍：□...*

**第一篇：某某人民医院死亡病例报告卡**

XXXX市人民医院死亡病例报告卡

\*死者姓名：（死亡儿童家长姓名）：住院号： 身份证号：□□□□□□□□□□□□□□□□□\*性别：□男□女\*民族：\*职业：职业代码见附3正确填写格式举例：B 11）

\*户籍：□本县区□.本地市其他县区□本省其他地市□外省□港澳台□外籍户籍地址：省市县（区）村

\*死者生前常驻地址：□本县区□.本地市其他县区 □本省其他地市□外省□港澳台□外籍

死者生前详细地址：省市县（区）乡（镇、街道）村门牌号

\*婚姻状况：□未婚、□已婚、□葬偶、□离婚、□不详

\*文化程度：□大学及以上、□中学、□小学、□文盲或半文盲、□不详

\*出生日期：日年龄单位：□年、□月、□日出生日期不详年龄： \*死亡日期：日

\*死亡地点：□医院病房、□急诊室、□家中、□赴医院途中、□外地或其他、□不详

死者家属姓名：家属电话：家属地址：I.直接导致死亡的疾病或情况\*(a).发病至死亡时间间隔□小时□天□月□年(b).ICD10:

发病至死亡时间间隔□小时□天□月□年

(c).发病至死亡时间间隔□小时□天□月□年

(d).ICD10:

发病至死亡时间间隔□小时□天□月□年 II.其它疾病诊断\*根本死亡原因\*最高诊断单位：□省级医院、□地市级医院、□县区级医院、□卫生院、□村卫生院、□未就诊、□其他及不详

\*最高诊断依据：□尸检、□病理、□手术、□临床+理化、□临床、□死后推断、□不详 \*填卡医生姓名： 科室 联系电话\*填卡日期：日备注：

附：

1.带“\*”符号的内容为必填内容。

2.直接导致死亡疾病或情况，请填写与主要、次要死亡原因相应的ICD-10分类代码；其他疾病诊断中请填写与根本死亡原因相应ICD-10分类代码。

3.职业类别：A国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人：1中国共产党中央委员会和地方各级党组织负责人2国家机关及其工作机构负责人3民主党派和社会团体及其工作机构负责人4事业单位负责人5企业单位负责人。B专业技术人员：11科学研究人员13工程技术人员17农业技术人员18飞机和船舶技术人员（厂船技术员）19卫生专业技术人员（医务人员、医生、护士）21经济业务人员22金融业务人员（银行人员）23法律专业人员24教学人员（教师）25文学艺术工作人员26体育工作人员27新闻出版、文化工作人员28宗教职业者29其他专业技术人员。C办事人员和有关人员：31行政办公人员（干）32安全保卫和消防人员（公安、消防）33邮政和电信业务人员39其他办事人员和有关人员。D商业、服务业人员：41购销人员（售货员）42仓储人员43餐饮服务人员44饭店、旅游及健康娱乐场所服务人员（服务员）45运输服务人员46医疗卫生服务人员47社会服务和居民生活服务人员49其他商业、服务业人员（个体工商户）。E 农、林、牧、渔、水利业生产人员：51种植业生产人员（农民）52林业生产及野生动植物保护人员53畜牧业生产人员（牧民）54渔业生产人员（渔民）55水利设施管理养护人员59其他农、林、牧、渔、水利业生产人员。F生产、运输设备操作人员及有关人员：61勘测及矿物开采人员62金属冶炼、轧制人员64化工产品生产人员66机械制造加工人员67机电产品装配人员71机械设备修理人员72电力设备安装、运行、检修及供电人员73电子元器件渔设备制造、装配调试及维修人员74橡胶和塑胶制品生产人员75纺织、针织、印染人员76裁剪缝纫和皮革、毛皮制品加工制作人员77粮油、食品、饮料生产加工及饲料生产加工人员78烟草及其制品加工人员79药品生产人员81木材加工、人造板生产及木质制品制作人员82建筑材料生产加工人员83玻璃、陶瓷、搪瓷及其制品生产加工人员84广播影视制品制作、播放及文物保护作业人员85印刷人员86工艺、美术品制作人员87文化教育、体育用品制作人员88公共施工人员91运输设备操作人员其有关人员（司机）92环境监测与废物处理人员93检验、计量人员99其他生产、运输设备操作人员及有关人员（民工）。G军人。H不便分类的其他从业人员。I婴幼儿、学龄前儿童。J学生。K家务。L物业或待业。

**第二篇：死亡病例报告管理制度**

死因监测工作管理制度

为规范我院《居民死亡医学证明（推断）书》的管理和使用，提高统计上报工作的质量，根据《居民死亡医学证明（推断）书》的填写要求，特制定本制度。

一、《居民死亡医学证明（推断）书》是判断死者性质的基本法律依据，同时也是进行死亡原因统计的基本信息来源。是研究人口自然变动规律的一个重要内容。

二、凡在我院发生的死亡（包括来院已死，院前急救过程中死亡），我院应出具《居民死亡医学证明（推断）书》（四联单）。

三、《居民死亡医学证明（推断）书》是具有法律效力的医疗文书，必须由诊治医师认真如实填写，不得缺项和涂改，不得使用铅笔及红色笔填写。死亡主要疾病诊断要准确，勿填症状体征。对死亡原因不明者，应填写《居民死亡医学证明（推断）书》死亡调查记录。

四、所有《居民死亡医学证明（推断）书》必须有诊治医生签名，加盖我院死亡医学证明专用章。

五、诊治医师必须在死亡后7日内开具证明书，第一联由医疗机构保存；第二联由公安部门办理户口注销手续后，由公安部门保存；第三联随病人尸体，由家属保存；第四联用于办理尸体火化手续后，由殡葬管理部门保存。

六、网络直报人员在死亡后7天内完成死因编码及网络直报工作。

七、病案室做好原始死亡医学证明书的保存与管理，协助疾病预防控制机构开展相关调查工作。

八、医务科要定期检查各科室死亡报告情况，并对院感科网络直报工作进行定期督导，发现问题及时解决。

九、如有5岁以下儿童死亡，请分别填写《居民死亡医学证明（推断）书和儿童死亡卡。

十、对不履行职责，有死亡病例漏报者，按医院有关奖惩办法予以考核（50.00元/例）。

杭锦旗人民医院 《居民死亡医学证明（推断）书》的填写基本要求

一、按照《居民死亡医学证明（推断）书》的基本格式及填写要求，逐项认真填写，不能漏项或错项。

二、应用黑色、蓝黑色钢笔或签字笔书写、字迹清楚，不能用圆珠笔、红笔或铅笔书写。

三、死亡证明书正面内容不得涂改，必须有医生签名及死亡医学证明专用章。

四、实足年龄，按照周岁填写。如为婴儿，可填写实际存活的月、日、小时。

五、致死的主要疾病诊断填写要求，可分两部分报告。

1、在第Ⅰ部分（a）中填写最后造成死亡的那个疾病诊断，或损伤、中毒的临床表现，如肺心病、脑出血、颅骨骨折（不要填写呼吸循环衰竭等情况）；（b）中填写引起（a）的疾病或情况，如肺气肿、高血压、损伤中毒的外部原因（骑自行与汽车相撞、跳楼自杀等）；（c）中填写引起（b）的疾病或情况，如慢性支气管炎。

2、在第Ⅱ部分中填写那些与第Ⅰ部分无关，但促进了死亡的其他疾病或情况。

3、依顺序填写（a）、（b）、（c）、（d）各项，以便寻找造成死亡的源头（原始）原因，即“根本死因”

六、死亡证明书如死因不明，必须当时填写调查记录。内容包括死者生前病史及症状体征、被调查者姓名、与死者的关系、联系住址或单位、联系电话、死因推断、调查者姓名及日期。

七、发生对死亡原因有怀疑（他杀、自杀）的，应向医务科、总值班报告，并及时报告辖区派出所，协助确定死因。凡填报意外损伤、中毒死亡，死亡证明书上应进一步报告意外事故的外部原因。

**第三篇：死亡病例报告制度**

晋州市人民医院

死 亡 病 例 报 告 制 度

为进一步加强疫情监测，提高疾病监测系统的预警能力，及时发现诊断不明、可能死于传染病的病例，主动采取措施控制疫情。同时了解我院死亡病例的死因构成，分析其动态变化趋势，特制定本制度。

1、在医疗过程中患者死亡后，须填报《死亡病例报告卡》，对死亡案例进行死因医学诊断并由诊治医生填报《死亡医学证明书》。

2、网络直报人员在接到《死亡医学证明书》后7天内完成网络直报工作。在进行直报时要认真填写基本信息：姓名、性别、年龄、职业、发病日期、诊断日期、报告日期、报告单位；死亡信息：死亡日期、死亡原因（直接死因、根本死因、与传染病相关的死因及不明死因）。对于不明原因死亡病例，要在《医学死亡证明书》背面〈调查记录〉一栏填写病人症状、体征。

3、防保科做好原始死亡医学证明书的保存与管理，协助县级疾病预防控制机构开展相关调查工作。

4、防保科要定期检查各科室死亡报告情况，并对网络直报工作进行定期自查，发现问题及时解决。

**第四篇：死亡病例报告管理制度**

死亡病例报告管理制度

1、在医疗过程中患者死亡后，须填报《死亡病例报告卡》，对死亡案例进行死因医学诊断并由诊治医生填报《死亡医学证明书》。

2、医务处组织有关专家对死亡病例进行实地调查核实，采集病史，并在死亡证明书上加盖公章。

3、诊治医生在开具死亡证明书后3天内，病案室应完成死因编码工作。

4、网络直报人员在开具死亡证明书后7天内完成网络直报工作。在进行直报时要认真填写基本信息：姓名、性别、年龄、职业、发病日期、诊断日期、报告日期、报告单位；死亡信息：死亡日期、死亡原因（直接死因、根本死因、与传染病相关的死因及不明死因）。对于不明原因死亡病例，要在《医学死亡证明书》背面〈调查记录〉一栏填写病人症状、体征。

5、病案室做好原始死亡医学证明书的保存与管理，协助县级疾病预防控制机构开展相关调查工作。

6、医务处要定期检查各科室死亡报告情况，并对预防保健科网络直报工作进行定期督导，发现问题及时解决。

**第五篇：死亡病例报告管理制度**

死亡病例报告管理制度

为了加强死亡病例报告管理工作，确保死亡病例的及时准确上报特制定本制度。

一、临床医生填写死亡医学证明书要求

临床医生要求清楚完整准确及时的填写死亡医学证明书，内容包括姓名、性别、年龄、职业、婚姻、文化程度、住址、死亡地点、根本死亡原因、死亡日期、诊断单位、诊断依据、死因编码等。

二、急诊、住院死亡病例登记的管理

急诊及住院医师要做好死亡病例的登记。登记簿包括姓名、性别、年龄、职业、住址、就诊日期、疾病诊断、转归情况（是否死亡、死亡原因、死亡日期等）基本内容。并对死亡病例进行讨论，并做好记录。

三、死因编码和网络直报的要求

临床医生在确认病人死亡后，应立即填写死亡病例报告卡交予网络直报员。网络直报员收到死亡病例报告卡，在核实确认后，应在规定的时限内将卡片通过计算机网络进行直报并做好报告卡的收集、保存和登记。

四、死亡病例责任科室的管理

按要求对临床医生填写死亡医学证明书进行培训，对资料收集和报告人员、编码人员进行培训，组织临床医生对死亡病例进行医学讨论,并做好各项记录。负责死亡病例报告工作的监督执行，接受上级机构的监督检查。

璧山县三合镇卫生院

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找