计划生育手术并发症申请及鉴定表

申请人：

所在行政区：省（自治区、直辖市）

县（市、区）

乡（镇、街道）

村（居委会）

国家卫生计生委

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（）（1）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 |
| 施术单位所在地的县级计划生育行政部门审查意见 | 负责人（签字）：单位公章：（注：县级鉴定前填写）年月日 |

二、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 |
| 县级计划生育行政部门对鉴定审核意见 | 承办人（签字）：负责人（签字）：时间：年月日时间：年月日 |