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 |