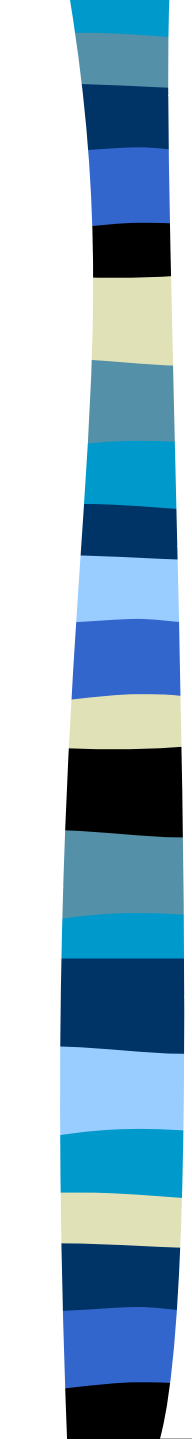




如何正确填写死亡医学证明书

- 
- 第一节 《死亡医学证明书》的基本格式
 - 第二节 《死亡医学证明书》的填写基本要求
 - 第三节 有关《死亡医学证明书》中死亡原因
报告的详细阐明



第一节 《死亡医学证明书》的基本格式

一、根本死亡原因的定义

世界卫生组织为根本死亡原因所下的定义是：

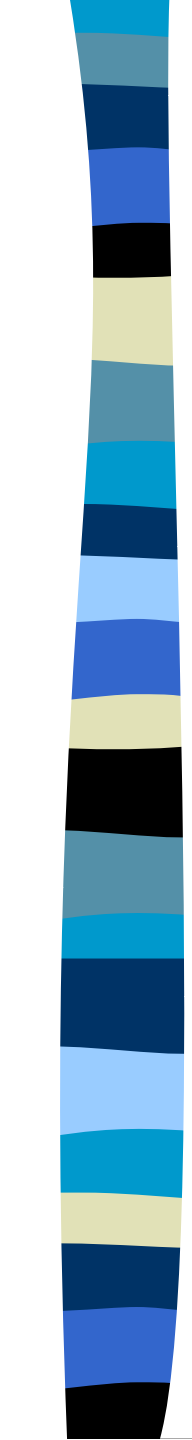
(a) 引起直接造成死亡的一系列病态事件的那些疾病或损伤，或者

(b) 造成致命损伤的事故或暴力的情况。

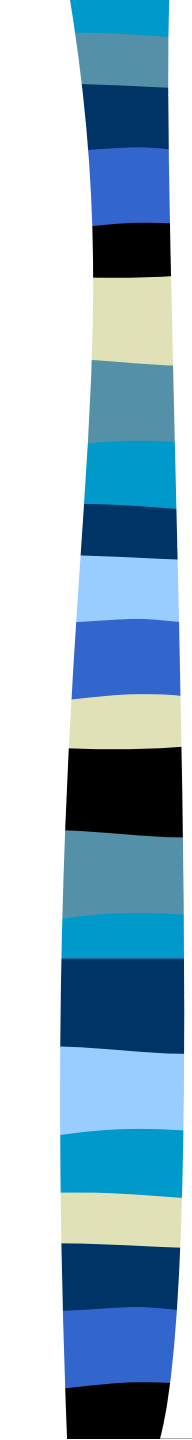


根本死因与过去要求填写的**主要死因**有很大的区别

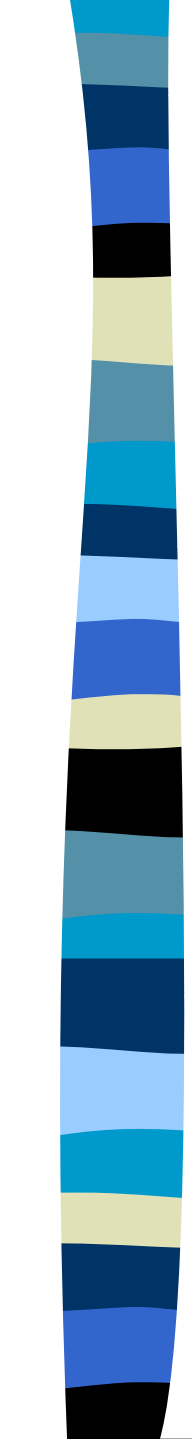
一般来说**主要死因**指最终造成死亡的最主要、最严重的那个疾病或情况，它比较直观，医生习惯于报告这种死因，而**根本死因**则需要根据每个人的病情演变过程找出最早的那个引起背面一系列疾病并最终造成其死亡的疾病或情况，这个原因可能在病人死前已不存在或不能成为主要致死原因，但拟定是因为它的发生而最终造成一种人的死亡，这就需要根据死者的情况进行综合判断后再予以报告。

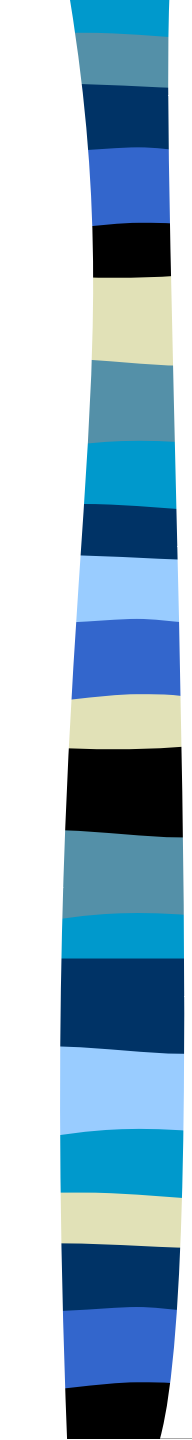


对于每一例死亡来说，**主要死因**经常不等于**根本死因**，最终造成死亡的那个疾病不一定是病人临死时影响最大的那个疾病，在人的一生中，可能因为较早地患了某种病，而逐渐演变，发展直至最终造成死亡，所以从预防医学的角度来看，要采用措施，降低或消灭的疾病应是那些能够演变发展并最终造成死亡的较早期的那个疾病，而不是那些在临死时影响较大的那个疾病，而这些根本死亡原因只有经过较详细的报告才干得到。

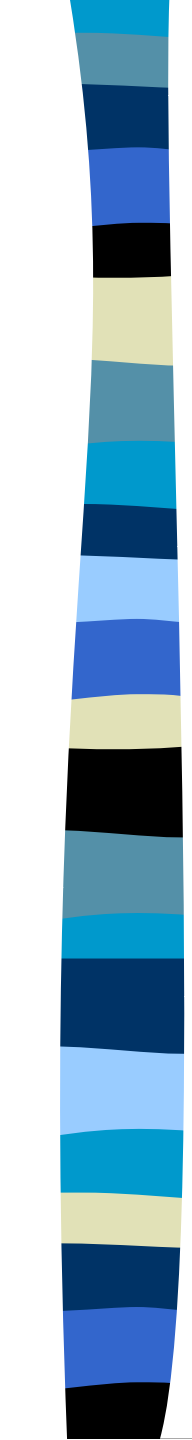


■ 例如：①某人因**30**年前患慢性支气管炎，**23**年前演变成肺气肿，**5**年前引起肺心病，最终因肺心病死亡。此人造成死亡的一系列疾病关系为：慢性支气管炎—肺气肿—肺心病—死亡，对此情况，假如医生只报告肺心病，则难以采取措施加以预防。但医生将这三种疾病按照其演变顺序报告出来，则很轻易看出此人的根本死因是慢性支气管炎，只有预防发生慢性支气管炎才干降低或防止肺心病的死亡。

- 
- ②某人因**23**年前患乙型病毒性肝炎，**5**年前肝硬化，**1**周前肝昏迷死亡。此人造成死亡的一系列疾病关系为：乙型病毒性肝炎—肝硬化—肝昏迷—死亡。如此人**23**年前无乙型病毒性肝炎就不会造成肝硬化，肝昏迷。



③某人在路上行走时意外地被卡车撞倒，因颅骨骨折、颅内损伤而死亡。此人造成死亡的一系列情况为：**在路上被卡车撞倒—颅骨骨折、颅内损伤—死亡**。医生只有将这些情况按顺序报告出来，才干够判断出此人的根本死因是机动车交通事故。假如只报告颅内损伤则无法判断造成损伤的原因是什么。



从医学上说，每个人的死亡都可能经历了一系列疾病或者意外损伤中毒的情况，医生只有将所掌握的这一系列情况按照合理的顺序报告出来，才干为统计人员拟定根本原因、分类和查找相应的ICD编码提供良好的原始资料，以确保死因资料的精确可靠。



二、国际《死亡医学证明书》的基本格式

①填写死亡原因的第1部分：这是基本格式的主要内容，需要填写造成死亡的疾病以及更早的原因，是必须要填写的部分。

②填写死亡原因的第Ⅱ部分：这是对第1部分内容的补充，可根据情况填写其他增进死亡，但与造成死亡的疾病或情况无关的其他有意义的情况。

③填写每个报告的病症或情况从发生到死亡大约的时间间隔(时间单位为：分、小时、天、周、月或年)，假如能填写出来则能够帮助判断多种疾病的关系。



例如对前面提到的第①个例子，能够填写为：

- | | | |
|---|------------|-----|
| I | (a) 肺原性心脏病 | 5年 |
| | (b) 肺气肿 | 23年 |
| | (c) 慢性支气管炎 | 30年 |

即表达肺心病是直接造成死亡的疾病，而肺心病是因为更早发生的肺气肿所引起的，肺气肿又是因为最早发生的慢性支气管炎所引起的。统计人员据此可判断其根本死因为慢性支气管炎。



第③个例子，能够填写为：

I (a) 颅骨骨折伴颅内损伤

(b) 在路上意外被卡车撞倒

即表达颅骨骨折伴颅内损伤是直接造成死亡的疾病，而这一损伤是因为前面发生的意外事故造成的。所以可判断其根本死因为机动车交通事故，颅骨骨折及颅内损伤是造成死亡的临床体现。

三、死亡医学证明书的用途

1. 是居民死亡的人口管理统计，公安部门据此办理注销户口，还可作为殡仪火化部门进行尸体焚化的根据。
2. 是死因统计的原始资料统计，卫生部门据此计算一系列的死亡统计指标，为制定相应的预防控制措施提供可靠根据。
3. 能够作为一种法律证据提交公安、司法部门。
4. 目前越来越多的用于保险、遗产等群众性、社会性凭证及死亡公证。

值得注意的是：死亡原因医学证明书须加盖医疗单位公章后方视为有效。



四、我国的居民死亡医学证明书

我国的居民《死亡医学证明书》是卫生部在1990年8月正式发文告知全国各地遵照执行

共分四联、第一联为出证单位存根；第二联用于计算机录入，由出证单位直接报送至所在县(区)疾控机构；第三联为户籍管理部门注销户口凭据；第四联为殡葬火化凭据。



第二节 《死亡医学证明书》的填写基本要求

- 一、死亡证明书的填写基本要求
- 二、基础项目的填写要求
- 三、特殊项目的填写要求

三、特殊项目的填写要求(1)

1、死亡原因：填写造成死亡的疾病、损伤或并发症。

(1) 第I部分是用于填写直接造成死亡的疾病。造成死亡的疾病以及更早的原因是《死亡医学证明书》的主要内容，是必须要填写的部分。

(2) 第II部分是对第I部分内容的补充，用于填写增进死亡、但与造成死亡的疾病或情况无关的其他有意义的情况，应根据详细情况填写。在第II部分中有明确诊疗的慢性疾病都须报告，如精神病、糖尿病、高血压、肿瘤、冠心病等。



三、特殊项目的填写要求(2)

- 2、发病到死亡的大约时间间隔：
- 3、死者生前疾病的最高诊疗医院：
- 4、最高诊疗根据：
- 5、住院号：
- 6、医师署名：
- 7、单位盖章：
- 8、填报日期：

四、调查统计的填写要求

注：如来院已死，由诊治该死亡者的医生填写调查统计。

1、死者生前病史及症状体征：用精简的医学术语，写出病历摘要；涉及(1)此次发病的症状体征(2)发病时间；(3)诊疗单位；(4)诊疗根据；(5)既往史及有关情况：

2、被调查者姓名

3、与死者的关系

4、联络地址或工作单位：

5、电话号码：指被调查者的联络电话号码：

6、死因推断：

7、调查者署名：

8、调查日期：对死亡病例的调查时间。

调查统计(背面)

死者生前病史及症状体征：

被调查
者姓名

■ 与死者
的关系

■ 联络地址
或工作单位

电话号码



五、统计项目的填写要求：

由统计人员填写

1、根本死亡原因1CD编码：指1CD—10，采用4位数编码：

2、统计分类号：指居民病伤死亡原因年报表总表的分类号(如卫统8表)。

六、对第一联存根的保存要求

1、住院病房所开具的第一联必须粘贴在死亡者的住院病史中，保存期限同住院病史；或参照本地医学统计管理制度，保存于机构内或科室；

2、急诊留观室开具的第一联必须粘贴在死亡者的留观病史中，保存期限同留观病史；或参照本地医学统计管理制度，保存于机构内或科室；

3、医疗救护中心开具的第一联由医疗救护中心急救科保存；

4、第一联在复查时用于核对；在进行死亡漏报调查时，第一联可作为是否上报死亡证明书的根据。



七、常见死亡原因的填写错误或不当(1)

- 1、死亡原因未填写：
- 2、死亡原因逻辑顺序错误：
- 3、直接死因部分填写的是临死前的体现、症状、某一综合的症状群或非特异性体现
- 4、填写“老衰”（或老死）、“病亡”、“猝死”、“暴死”、“来院已死”或“死因不明”等，而背面调查统计未填写生前病史或没有做出死因推断；
- 5、全身性疾病情况，



七、常见死亡原因的填写错误或不当(2)

6、传染病而未核实详细病种，肿瘤而未明确良性或恶性及原发部位，未特指的心脏病，未特指的先天异常，未特指疾病的孕产妇死亡；

7、意外伤害未填写外部原因或外部原因不明确，

8、使用英文名称或缩写：

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/217121002105006154>