

主要内容

- 一、 相关基本概念
- 二、 《死亡医学证明书》的格式和用途
- 三、 《死亡医学证明书》的填写要求
- 四、 《死亡医学证明书》中死亡原因报告的具体说明
- 五、 《死亡医学证明书》填写实例分析

一、相关基本概念

- 死亡原因的定义及填写
- 根本死亡原因的定义
- 根本死亡原因与病案统计的区别
- 死因链/顺序

死亡原因的定义

死亡原因：“所有导致或促进死亡的疾病、病态情况或损伤以及造成任何这类损伤的事故或暴力的情况”。

**不包括症状、体征和临死方式，如心力衰竭或呼吸衰竭
????????。**

- **症状(symptom)**是患者病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。如瘙痒、疼痛、心悸、气短、胀闷、恶心和眩晕等，这种异常感觉出现的早期，临床上往往尚未能客观地查出。
- **体征(sign)**是患者的体表或内部结构发生可察觉的改变，如皮肤黄染、肝脾肿大、心脏杂音和肺部啰音等。症状和体征可单独出现或同时存在。体征对临床诊断的建立可发挥主导的作用。

根本死亡原因的定义

(a) 引起直接导致死亡的一系列病态事件的那个疾病或损伤；或者(b)造成致命损伤的事故或暴力的情况。

- 根本死亡原因只有一个，用于进行单原因统计分析；
 - 对疾病导致的死亡需一直报告到最早的那个疾病；
 - 对损伤中毒导致的死亡需报告导致损伤中毒的外部原因；
 - 所有报告的死因均可以被用于进行多原因统计分析。
- **涵义：**就是一种起主导作用的，带有根本性的疾病或损伤，由于它的存在，发生及发展，逐渐形成一连串的病态事件，并最终导致死亡。

死亡原因与根本死亡原因的区别举例

I a. 肝昏迷

b. 肝硬化

c. 慢性乙型肝炎

a、b、c 均为死亡原因

c 为根本死因

根本死亡原因与病案统计的区别

- 医院病案统计的目的与意义是统计病人就诊（或入院）的主要疾病（原因），不强调引起疾病的根本原因。
- 一个人一生可能多次入院就诊，但每次入院都可认为有一个主要疾病或原因。

死因链/死亡顺序

- **死因链：** 可以认为就是导致死亡发生的一系列疾病或损伤的发生链条，并按先后顺序排列，并可以合理解释。
- **“顺序”**一词是指分别记入死亡医学证明书第 I 部分逐行上的两个或多个情况，每个情况都是记在其上一行的另一情况可接受的原因。

可以认为两者同等意义。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，才能确定根本原因，为查找相应的 ICD 编码和分类提供良好的原始资料，以确定死因资料的准确可靠。

死因链/死亡顺序

疾病:

慢性支气管炎→肺气肿→肺心病→死亡

损伤中毒:

在路上被卡车撞到→颅骨骨折→颅内损伤→死亡

(1) 慢性支气管炎→肺气肿→肺心病→死亡

死亡原因	发病至死亡之间大概的时间间隔
I (a) 肺心病	5年
(b) 肺气肿	10年
(c) 慢性支气管炎	30年
II	

(2)在路上被卡车撞到→颅骨骨折→颅内损伤
→死亡

死亡原因	发病至死亡之间大概的时间间隔
I (a) 颅内损伤	1小时
(b) 颅骨骨折	1小时
(c) 行人在道路上行走 意外被卡车撞倒	1小时
II	

二、《死亡医学证明书》的格式和用途

- ◆ 《死亡医学证明书》的基本格式
- ◆ 《死亡医学证明书》的用途

《死亡医学证明书》的基本格式

居民死亡医学证明（推断）书

省(自治区、直辖市) _____ 市(地区、州、盟) _____ 县(区、旗) _____

行政区划代码□□□□□□ 编号: □□□□□□□□□□□□□□□□

死者姓名	性别	1男, 4未知的性别 2女, 3未说明的性别	民族	国家或地区	年龄
有效身份证件类别	证件号码	1身份证, 2户口簿, 3护照 4军官证, 5驾驶证 6港澳通行证, 7台湾通行证 8其他法定有效证件	年龄	婚姻状况	1未婚, 2已婚, 3丧偶 4离异, 5本说明
出生日期	年 月 日	文化程度	个人身份	11公务员, 12专业技术人员, 13职员 14企业管理者, 15工人, 27农民, 31学生 32现役军人, 51自由职业者, 54个体经营者 70无业人员, 80离退休人员, 90其他	
死亡日期	年 月 日 时 分	死亡地点	死亡时是否处于妊娠期间 或妊娠终止后42天内	1是, 2否	
生前工作单位	户籍地址	联系地址	常住地址		
可联系的家属姓名	联系电话	家属住址或工作单位			
致死的主要疾病诊断		疾病名称(勿填症状体征)		发病至死亡大概间隔时间	
I. (a) 直接死亡原因					
(b) 引起(a)的疾病或情况					
(c) 引起(b)的疾病或情况					
(d) 引起(c)的疾病或情况					
II. 其他疾病诊断(促进死亡, 但与导致死亡无关的其他重要情况)					
生前主要疾病最高诊断单位	1三级医院, 2二级医院, 3乡镇卫生院/社区卫生服务机构 4村卫生室, 5其他医疗卫生机构, 6未确诊	生前主要疾病最高诊断依据	1尸检, 2病理, 3手术, 4临床+理化 5临床, 6死因推断, 9不详		
医师签名	医疗卫生机构盖章	填报日期:	年 月 日		
(以下由编码人员填写) 根本死亡原因:			ICD编码:		

死亡调查记录

死者生前病史及症状体征:

以上情况属实, 被调查者签字:

被调查者姓名	与其者关系	联系电话	联系地址或工作单位
死因推断	调查者签名	调查日期	年 月 日

注: ①此表填写范围为在家、养老服务机构、其他场所正常死亡者; ②被调查者应为死者近亲或知情人; ③调查时应出具以下资料: 被调查者有效身份证件, 居住地为居委会或村委会证明, 死者身份证和/或户口簿, 生前病史书。

居民死亡医学证明（推断）书

行政区划代码□□□□□□ 编号: □□□□□□□□□□□□□□□□

死者姓名	性别	民族	国家或地区	年龄
身份证件类别	证件号码	常住地址		
出生日期	年 月 日	死亡日期	年 月 日	死亡地点
死亡原因	家属姓名		联系电话	
家属住址或单位	医师签名		民警签名	
医疗卫生机构盖章		派出所意见(盖章)		
年 月 日		年 月 日		

注: ①死者家属持此联到公安机关办理户籍注销手续; ②无医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章无效。

居民死亡医学证明（推断）书

行政区划代码□□□□□□ 编号: □□□□□□□□□□□□□□□□

死者姓名	性别	民族	国家或地区	年龄
身份证件类别	证件号码	常住地址		
出生日期	年 月 日	死亡日期	年 月 日	死亡地点
死亡原因	家属姓名		联系电话	
家属住址或单位	医师签名		民警签名	
医疗卫生机构盖章		派出所意见(盖章)		
年 月 日		年 月 日		

注: ①死者家属持此联到公安机关备案; ②无医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章无效; ③死于救治机构以外的死亡原因系死后推断。

居民死亡殡葬证

行政区划代码□□□□□□ 编号: □□□□□□□□□□□□□□□□

死者姓名	性别	民族	国家或地区	年龄
身份证件类别	证件号码	常住地址		
出生日期	年 月 日	死亡日期	年 月 日	死亡地点
死亡原因	家属姓名		联系电话	
家属住址或单位	医师签名		民警签名	
医疗卫生机构盖章		派出所意见(盖章)		
年 月 日		年 月 日		

注: ①死者家属持此证到殡仪馆办理尸体火化手续; ②死于救治机构, 医师签字及医疗卫生机构盖章有效; 死于非救治机构, 医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章有效。

《死亡原因医学证明书》的用途

◆“死亡原因医学证明书”，是由医生对因病伤死亡者填写的法定证明材料，在我国由卫生计生，公安，民政，家属共同管理，它具有多重用途：

- 1、居民死亡的人口管理记录：公安部门—注销户口，殡仪火化部门—尸体焚化的依据。
- 2、死因统计的原始资料记录：卫生部门据此计算一系列的死亡统计指标，可以进行居民健康状况的专题研究，提出优先解决的公共卫生问题，为制订相应的防控措施提供可靠依据。
- 3、作为一种法律证据提交公安、司法部门。
- 4、目前越来越多地用于保险、遗产等群众性、社会性凭证及死亡公证。
注：死亡原因医学证明书加盖医疗单位公章才有效。

《死亡原因医学证明书》的历史

- 卫生部在1990年8月正式发文通知全国各地遵照执行;
- 1992年三部委联合发文(卫生部、公安部、民政部)重申了我国《死亡医学证明书》的格式;
- 2014年三部委再次联合发文，进一步强调了《死亡医学证明书》的填写规范。我国采用的《死亡医学证明书》其核心部分完全采用了“国际死亡原因医学证明书”的基本格式。其余内容，则尽量保留并吸收了我国以前使用的死亡报告单合理的部分。

《死亡原因医学证明书》的管理

- 第一联是原始凭证由出具单位随病案保存或按档案管理永久保存，以备查询；
- 第二联由死者户籍所在地公安部门永久保存；
- 第三联由死者家属保存；
- 第四联由民政部门收集保存；

三、《死亡医学证明书》的填写要求

- ◆ 填写基本要求
- ◆ 基础项目的填写要求
- ◆ 特殊项目的填写要求
- ◆ 调查记录的填写要求

《死亡医学证明书》的基本填写要求

- 1、按照统一格式逐项认真填写，不能漏项或错项。
- 2、应用黑色或蓝黑色钢笔书写，字迹清楚，不得用圆珠笔、红笔或铅笔书写。
- 3、死亡原因填写应用**医学专业疾病名称**，并用**中文**书写，不得用英文或英文缩写。
- 4、死亡医学证明书**内容**不得涂改，必须有医生签名及**医院公章**。

《死亡医学证明书》的基本填写要求

- 5、**死亡医学证明书如死因不明，必须当时填写调查记录，内容包括死者既往疾病名称、发病时间、诊断单位、诊断依据、以及相关慢性病史的一系列情况。
- 6、**发生对死亡原因有怀疑(他杀、自杀)的，可以向警务部门反映，由警务部门协助确定死因。凡填报意外损伤、中毒死亡，死亡医学证明书上应进一步报告意外事故的外部原因。

《死亡医学证明书》基础项目的填写要求

- (1) **卡片编号：**填写17位代码（可由信息系统自动赋值）。编号规则为：《死亡证》出具单位的组织机构代码（9位）+年份（4位）+流水码（4位）；（网报系统已可以打印带编号的空白证明书）
- (2) **死者姓名：**指现时用的姓名，且需与户口簿或身份证相符；
 - **婴儿：**没有名字的，按“某某之子”或“某某之女”记录；婴儿如有名字，母亲名字填在联系家属。
 - **老人：**用身份证名字（极个别实在不清楚可填儿子或女儿名字）；
- (3) **性别：**根据实际情况选择性别，注意如填写身份证应与身份证相符。15位身份证倒数第一位是奇数的为男性，是偶数的为女性；18位身份证倒数第二位是奇数的为男性，是偶数的为女性
 - ◆如果是女性，填写死亡时是否处于妊娠期或妊娠终止后42天内；

《死亡医学证明书》基础项目的填写要求

- (4) **民族：** 请根据实际情况填写死者的民族，外籍非华人可不填写。
- (5) **有效身份证件类别及号码：** 证件类别及号码不得空缺。中国公民要求填写18位身份证号码，应与出生日期一致。未登记户籍的死亡婴儿和无名尸的“有效身份证件类别”、“证件号码”均不填。
- (6) **实足年龄：** 按周岁填写。
- 当年未过生日者：死亡年份－出生年份－1
- 已过生日者：死亡年份－出生年份。
- 未满1周岁的婴儿，填写实足月龄；**28天内的新生儿**，填写存活天数；**未满1天的新生儿**，填存活小时。

《死亡医学证明书》基础项目的填写要求

- (7) **婚姻状况：**应参照实际情况选择，丧偶的病例，仅选丧偶即可。新生儿及18岁以下未成年人群死亡婚姻状况应选择未婚。
- (8) **出生、死亡日期：**填写死者的出生或死亡的年、月、日，婴儿死亡填写到时、分。出生日期，注意如填写身份证应与身份证相符。
- (9) **文化程度：**按死者的最高学历的填写。应参照实际情况选择，学龄前儿童死亡应选择初中及以下；生前文化程度为文盲或半文盲者，也应选择初中及以下。
- (10) **个人身份：**按照死亡前的个人身份填写，离退休后死者的个人身份一律填“离退休人员”。

《死亡医学证明书》基础项目的填写要求

- (11) **死亡地点**：“医疗卫生机构”指死于各级各类医疗卫生机构住院部及急诊室；“不详”指未能确定的死亡地点（仅限非正常死亡者）。
- (12) **生前工作单位**：指就业所在或死前最后所在的单位，应填写死者职业对应的那个单位。
- (13) **户籍、常住地址**：常住地址填写死者居住半年以上的地址，详细到门牌号码；户籍地址填写户口簿上登记的地址，详细到门牌号码。
- (14) **家属姓名**应尽量填写死者直系亲属的全名，并填写该亲属的**联系电话、家庭地址或工作单位**。指最了解死者生前疾病或其它情况的直系亲属或亲友。

《死亡医学证明书》基础项目的填写要求

- (15) **生前主要疾病的最高诊断单位：**生前主要疾病的最高诊断单位：最高诊断单位一般为死前主要疾病的最后诊断单位，而不一定是患者死亡的医院。三级医院（含相当）包括三级妇幼保健院及专科疾病防治院，二级医院(含相当)包括二级妇幼保健院及专科疾病防治院，其他医疗卫生机构包括急救中心、一级医院、门诊部、诊所（医务室）、疗养院等。
- (16) **生前主要最高诊断依据：**按实际确诊的各项依据划记；如实行诊断分级，取最高级别的诊断依据，B超、X光、心电图等特殊检查均放到“临床+理化”一栏；死后推断”仅限死亡地点为“来院途中”、“家中”、“养老服务机构”、“其他场所”填写。
- (17) **医师签名：**应填写死者主治医生或开具死亡医学证明书的地段医生的姓名全称。且该名医生必须具备临床执业资格。

《死亡医学证明书》基础项目的填写要求

- (18) **医疗单位盖章：**目前无特殊要求，各医疗机构可根据实际情况加盖本院公章。
- (19) **填报日期：**请根据实际情况填写。
- (20) **根本死亡原因及ICD编码：**二级及以上（含相当）医疗机构由医疗机构编码人员填写，其他医疗卫生机构由县（区、县级市）疾病预防控制中心编码人员网上填写。ICD编码填写4位国际疾病分类代码。

《死亡医学证明书》特殊项目的填写要求

致死的主要疾病诊断	疾病名称（勿填症状体征）	发病至死亡大概间隔时间
I. (a)直接死亡原因		
(b)引起(a)的疾病或情况		
(c)引起(b)的疾病或情况		
(d)引起(c)的疾病或情况		
II. 其他疾病诊断（促进死亡，但与导致死亡无关的其他重要情况）		

《死亡医学证明书》特殊项目的填写要求

死亡原因：填写导致死亡的疾病、损伤或并发症。

第I部分：是该表的主要内容，是必须要填写的部分。

- ①按照导致死亡的顺序填写，(a)由(b)引起，(b)由(c)引起，(c)由(d)引起；
- ②)每行只能填写一个**疾病**；
- ③ (a)行至少要填写一个疾病；如果填写临死方式/情形，例如“呼吸衰竭”、“循环衰竭”、“全身衰”等，一定在(b)行上填写引起原因。
- ④发病距死亡的时间间隔：尽量填写，**不是不填；少部分询问不清，可以不填**
 - ◆长短：(c)病最长，(b)病次之，(a)病最短
 - ◆单位：分、小时、天、周、月或年

《死亡医学证明书》特殊项目的填写要求

第II部分：填写与第 I 部分致死疾病无关但对死亡有影响的情况，应根据具体情况填写。

- ①第 II 部分报告的情况与第 I 部分报告的情况没有必然的联系，但由于这些情况的存在而促进了死亡。
- ②第 II 部分内容如果没有，可以不填。
- ③按照严重程度依次填写。

死亡原因填写要求

- 1、每行只能填写一种死因；
- 2、有明确的死因链应按顺序报告；
- 3、没有明确死因链按严重程度报告；
- 4、应尽可能报告特异性的诊断；
- 5、优先填写更严重、更特异的疾病诊断；
- 6、对肿瘤致死者应明确报告肿瘤的原发部位及形态学情况；
- 7、对后遗症情况致死者应明确报告时间间隔；
- 8、对先天异常致死者，应优先报告严重的先天异常；
- 9、对围生儿死亡，应优先报告围生儿本身严重的疾病；
- 10、对损伤/中毒致死者，应同时报告损伤/中毒的临床表现和外部原因。（为避免司法纠纷，可以写明提供外部原因者的情况）

《死亡医学证明书》调查记录的填写要求

死者生前病史及症状体征：							
以上情况属实，被调查者签字：							
被调查者姓名		与死者关系		联系电话		联系地址或工作单位	
死因推断				调查者签名		调查日期	年 月 日

《死亡医学证明书》调查记录的填写要求

对于未经救治或死因不明确的死亡病例在开具《死亡医学证明书》时一律要填写调查记录。简明扼要地填写被调查者所提供的死者生前与导致死亡有关的疾病(或损伤/中毒的临床表现及外部原因)的发生发展情况，以便正确填写死亡原因并提供给编码人员核实及最终确定根本死亡原因。完成调查记录后必须要求家属签字。

死因不明的判断标准

- 1、填写的是临床表现，如呼吸衰竭、循环衰竭、中毒、感染、休克、昏迷、出血等直接死因，而未进一步填写根本死亡原因者；
- 2、填写的是某一综合的症状群，如败血症、尿毒症、酸中毒、早产、窒息等，而未追溯到根本疾病情况者；
- 3、填写肿瘤但未明确良性或恶性及原发部位者，心脏病无分类者，精神疾病、肾脏病、胃病、先天异常、孕产妇病等而无明确具体的疾病名称者；
- 4、仅填“来院已死”、“死因不明”、“暴死”、“猝死”“老衰”（或老死）等而未填写其他具体的死因或没有根本死因可确定者；
- 5、填写意外损伤或中毒事故死亡，而未进一步报告引起这一事故死亡的外部原因者；
- 6、填写某根本原因的拟诊、待诊、待查、待排而未明确诊断者；
- 7、无死亡原因记载者。

《死亡医学证明书》调查记录的填写内容

- 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；也可将死者家属提供的有关情况如实记录下来；内容应包括：
 - (1) **本次发病的症状体征；**包括起病急缓、病程长短、病情轻重、原发病的并发和继发、实验室检查结果、疾病的演变和治疗经过、有否后遗症即晚期效应(指发病后一年或一年以上的残留病症)。
 - (2) **发病时间、诊断单位、诊断依据、疾病的演变和治疗经过等；**
 - (3) **如没有明确疾病诊断，应报告存在的主要症状体征或临床表现。**
 - (4) **了解并报告死者既往病史及相关情况：**包括死者生前以往患过的疾病以及可能影响健康的各种因素，如生长发育史、家族史、遗传史、职业史、接触史等。以及死者生前的起居饮食、生活习俗、烟酒嗜好等。

《死亡医学证明书》调查记录的填写要求

- 2、被调查者姓名：**指接受死因调查的对象在此签名；
- 3、与死者的关系：**指受调查者与死者的关系，如直系旁系亲属或邻里同事等关系；
- 4、联系地址或工作单位：**指被调查者的具体地址和所在工作单位电话号码；
- 5、电话号码：**指被调查者的联系电话号码；
- 6、死因推断：**应为明确的疾病诊断名称，不应填写为症状、体征或来院已死等情况；
- 7、调查者签名：**由填写调查记录的医师签名；
- 8、调查日期：**对死亡病例的调查时间。

注意： 正面 a、b、c等死因链填写的疾病要与调查记录一致。

调查信息的整理与书写

- ◆ 调查中，要求每一位调查者尽可能详细的、具体的收集死者生前病史、症状、体征，查询有关文字资料。
- ◆ 但在整理资料过程中，却要在占有的大量资料基础上，去粗取精，由表及里，经过归纳概括，写出简要的调查记录。
- ◆ 要整理出病史中的阳性体征，主要临床症状，写清楚就诊经过及诊断结果。用最精简的医学术语写出调查记录，即使达不到如此要求，也要将调查获取的主要信息如实记录下来。

注意五要素：致死疾病全称、最高诊断单位、发病诊断时间、诊断依据、现患慢性疾病

死因调查记录五一致

- ◆ 致死的疾病全称与根本死因一致；
- ◆ 致死疾病确诊时间与发病到死亡时间一致；
- ◆ 致死疾病诊断单位与最高诊断单位一致；
- ◆ 致死疾病诊断依据与最高诊断依据一致；
- ◆ 其他疾病与第II部分疾病一致。

死亡调查记录的填写及举例

死者生前病史及症状体征：

例1：

早年患高血压，10年前诊断为冠心病，2天前在家中突然跌倒，送市中心医院诊断为冠状动脉栓塞。经抢救无效死亡。

例1：	I	a)	冠状动脉栓塞	2天
		b)	冠心病	10年
		c)	高血压	

死亡调查记录的填写及举例

死者生前病史及症状体征：

例2：

2年前患卵巢恶性肿瘤后行切除术，半年前开始发热、胸痛，查出肺继发性癌，因肺炎导致呼吸循环衰竭死亡。

例2： I a) 肺炎
 b) 肺继发性癌 半年
 c) 卵巢恶性肿瘤 2年

死亡调查记录的填写及举例

死者生前病史及症状体征：

例3：

新生儿早产33周，因新生儿出血症引起颅内出血死亡。

例3： I a)新生儿颅内出血
 b)新生儿出血症
 c)
 II 早产33周

死亡调查记录的填写及举例

死者生前病史及症状体征：

例4：

患慢性十二指肠溃疡4年，1周前因溃疡引起穿孔而手术，术后继发腹膜炎，3天后死亡。本人还患有冠心病。

例4	I	a)	继发腹膜炎	3天
		b)	十二指肠穿孔	1周
		c)	慢性十二指肠溃疡	4年
	II		冠心病	

死亡调查记录的填写及举例

死者生前病史及症状体征：

例5：

有饮酒史30余年，平时喝白酒半斤一天。有肝硬化史4年，中山医院B超诊断酒精性肝硬化，死前3天大量呕血，家属即送中山医院，经检查明确诊断为上消化道出血，经抢救无效，家属要求自动出院，于2011年7月23日死亡于家中。

例5： I	a) 上消化道出血	3天
	b) 酒精性肝硬化	4年
II	饮酒史30余年	

死亡调查记录的填写及举例

死者生前病史及症状体征：

例6：

患风湿性心脏病5年，3天前在二楼擦玻璃窗时不慎坠落，
颅骨骨折后死亡。

例6： I a)颅骨骨折
 b)在二楼擦玻璃窗时不慎坠落 3天
 II 风湿性心脏病 5年

四、《死亡医学证明书》中有关疾病报告的具体说明

- ◆ 死因报告的逻辑性
- ◆ 有关疾病报告的说明

死因报告的逻辑性

- 1、只发生在男性/女性的死因；注意性别和死因的逻辑关系。
- 2、新生儿(围生儿)死因：常见吸入性肺炎、窒息、早产、先天性疾病。
- 3、5岁以下儿童主要死因：常见肺炎、腹泻、营养不良。
- 4、孕产妇死因：常见梗阻性分娩、妊高症、产后出血。
- 5、老年人死因：常见脑血管病、恶性肿瘤、心血管病。
- 6、中青年死因：常见损伤/中毒：机动车事故、工伤、自杀。

有关疾病报告的说明

1. 传染病和寄生虫病类
2. 肿瘤
3. 内分泌、营养和代谢性疾病
4. 精神和行为障碍
5. 神经系统疾病
6. 循环系统疾病
7. 呼吸系统疾病
8. 消化系统疾病
9. 孕产妇情况
10. 先天异常
11. 新生儿病
12. 损伤中毒
13. 诊断不明

传染病和寄生虫病类（1）

- ◆ 应报告疾病的性质（急、慢性）、病原体、传播方式、侵害部位等，如结核性脑膜炎，急性阿米巴痢疾，志贺氏菌性痢疾，急性甲型病毒性肝炎等。
- **肠道传染病**：应注意填写其性质和病原体（包括：细菌性、原生动物性、病毒性、其他特指的传染性病原体）。如：痢疾
- **腹泻、胃肠炎**：应明确报告有无传染性，因为在ICD中凡没有指出传染性则分类到K52.9（未特指的非感染性胃肠炎和结肠炎P458）。
- **结核病**：有分支杆菌引起的感染，应明确报告是否经细菌学和组织学证实**以及有何种方法证实**，死者的职业史（例如：有结核病有关的尘肺、矽肺），以及母婴传播引起的先天性结核病。。（**艾滋病引起的要填写上**）

传染病和寄生虫病类(2)

- **破伤风：**应尽量报告引起破伤风的原因，如：新生儿破伤风、产科破伤风、其他破伤风等。
- **败血症：**应报告引起败血症的原因，例如：链球菌性败血症、产褥期败血症、新生儿败血症、葡萄球菌性败血症。
- **病毒性肝炎：**不要笼统的填写为“肝炎”，如果“肝炎”是由于病毒引起的，应明确报告肝炎的性质和分型，例如：急性甲型病毒性肝炎、慢性乙型病毒性肝炎。
- **艾滋病：**如果有艾滋病造成的传染病、寄生虫病、恶性肿瘤以及其他特指的疾病，应明确报告。

举例

病例摘要：患者，女，56岁，1天前因急性细菌性痢疾、感染中毒性休克，抢救无效死亡。本人还患有II型糖尿病、高血压病。

死亡医学证明书填写：

- I (a) 感染中毒性休克 1天
- (b) 急性细菌性痢疾 1天
- II II型糖尿病、高血压病

I. 直接导致死亡的疾病或情况

* (a).	<input type="text" value="黄疸性肝炎"/>	ICD10:	<input type="text" value="B15"/>
发病至死亡时间间隔:	<input type="text"/> --请下拉选择	ICD名:	急性甲型肝炎
(b).	<input type="text"/>	ICD10:	<input type="text" value="B18.9"/>
发病至死亡时间间隔:	<input type="text"/> --请下拉选择	ICD名:	未特指的慢性病毒性肝炎
(c).	<input type="text"/>	ICD10:	<input type="text"/>
发病至死亡时间间隔:	<input type="text"/> --请下拉选择	ICD名:	
(d).	<input type="text"/>	ICD10:	<input type="text"/>
发病至死亡时间间隔:	<input type="text"/> --请下拉选择	ICD名:	
II. 其它疾病诊断	<input type="text"/>	ICD10:	<input type="text"/>
*根本死亡原因:	<input type="text" value="甲型肝炎, 伴有肝昏迷"/>	ICD10:	<input type="text" value="B15.0"/>

错误原因：死因链填写不规范

I. 直接导致死亡的疾病或情况

* (a). 慢性病毒性肝炎 ICD10: B18

发病至死亡时间间隔: --请下拉选择 ICD名: 慢性病毒性肝炎

(b). ICD10: B15.9

发病至死亡时间间隔: --请下拉选择 ICD名: 甲型肝炎, 不伴有肝昏迷

(c). ICD10:

发病至死亡时间间隔: --请下拉选择 ICD名:

(d). ICD10:

发病至死亡时间间隔: --请下拉选择 ICD名:

II. 其它疾病诊断 ICD10:

*根本死亡原因: 其他慢性病毒性肝炎 ICD10: B18.8

错误原因: 死因链填写不规范

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/417150140112006154>