死亡医学证明书管理制度

一、领用、发放制度

（一）《居民死亡医学证明(推断)书》领用、发放、收集由院感科负责管理，院感科设专人负责此项工作。

（二）建立《居民死亡医学证明(推断)书》领用、发放登记记录。

（三）各临床科室的《居民死亡医学证明(推断)书》使用完后，与院感科联系，院感科及时补充发放。

（四）各科室对领用的《居民死亡医学证明(推断)书》进行专项管理，不得遗失。

二、使用登记制度

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

（二）各临床科室建立《居民死亡医学证明(推断)书》登记记录。

（三）记录内容包括死者姓名、性别、年龄、死因诊断、死亡时间、开具的《居民死亡医学证明(推断)书》编号等内容。

（四）医务科及临床科室对登记记录进行检查、审核，进行考核。

三、《死亡医学证明书》由经治医生详细填写第一至四联，必须用蓝、黑色水笔填写，务必字迹清楚、项目齐全、内容准确，不得勾划涂改，由填写者到医务科加盖公章（一至四联均要盖章）后，第一联交给院感科，第二、三、四联交给死者家属。

四、填写《死亡医学证明书》的经治医生必须严格按照国际疾病（死因）分类标准（ICD-10）填写死因诊断名称和诊断依据，由接受过ICD-10专门业务培训的统计人员负责填写死因分类编码（ICD-10）。

五、填写者必须详细询问家属关于死者的基本情况，为防止重名、重报，死者身份证号必须填写完整，死者生前常住户口地址及工作单位必须写明全称。

六、致死的主要疾病诊断填写，要有明确的疾病名称，不得只填写疾病的临床症状。死亡原因填写应用医学专业疾病名称，并用中文书写。

七、《死亡医学证明书》如死因不明，必须当时填写调查记录（即《死亡医学证明书》的背面），内容包括死者既往疾病名称、发病时间、诊断单位、诊断依据、以及相关慢性疾病史的一系列情况，被调查者对上述调查记录确认无误后签字认可。

八、对死亡原因（他杀、自杀）有怀疑的，须报告公安部门,由公安部门确定死因。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。