

医疗事故技术鉴定书书写规范

2020 年版

(征求意见稿)

第一条【目的】 为规范医疗事故技术鉴定书格式，提高鉴定书书写质量，根据《医疗事故处理条例》《医疗事故技术鉴定暂行办法》等规定，结合鉴定工作实际和发展形势，制定本规范。

第二条【鉴定书的定义和组成】 医疗事故技术鉴定书是医学会组织医疗事故技术鉴定专家组对医疗事故类技术鉴定委托进行分析、鉴别和判断后出具的记录和反映鉴定过程和鉴定意见的书面载体。

第三条【鉴定书书写的定义】 鉴定书书写是指根据鉴定结论将专家鉴定组的鉴定意见进行归纳整理、编辑制作形成鉴定书的行为。

第四条【总体要求】 鉴定书书写应当按照医疗事故鉴定书格式，使用符合医学专业规范和法律规范的术语、用语及计量单位，做到要素齐全、事实清楚、理由充分、表述准确、条理清晰、繁简得当。

第五条【语言文字】 鉴定书书写一般使用中文。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

少数民族聚居或者多民族共同居住的地区，可以根据实际需要使用当地通用的文字书写鉴定书，或使用当地通用文字制作鉴定书副本。

正文中的日期、时间及其他数值一般使用阿拉伯数字，如 2020 年 8 月 28 日 13 时 30 分；在不引起歧义的前提下，可以简化。专有名词或特定情况可以使用中文、罗马数字等相应的文字或字符表达。

第六条【鉴定书内容】 鉴定书由封面、正文、落款三部分组成。

正文部分一般包括基本情况、委托事项、争议要点、鉴定材料、诊治概要、对鉴定过程的说明、分析意见、结论等内容，一些鉴定书还有体格检查或医疗护理医学建议等内容。

鉴定书内容可以根据案件实际情况适当调整（增加、减少或修改名称）。

第七条【封面】鉴定书的封面有鉴定书类型、鉴定书编号、医学会名称和日期。封面布局见附件一。

（一）“医疗事故技术鉴定书”使用初号华文中宋体字，初号，加粗，左右居中。

（二）鉴定书编号由鉴定机构代字、鉴定类型代字、案件受理年度、案件编号组成，可根据本地情况制定。如：中华医鉴【2020】1号。宋体，小二号字，加粗，左右居中。

（三）医学会名称为宋体，小一号字，加粗，左右居中。

（四）封面日期与鉴定书的落款日期一致，用汉字数字表示，例：“二〇二〇年八月二十八日”，宋体，小二号字，加粗，左右居中。

第八条【基本情况】鉴定书的基本情况需要写明移交单位或委托单位、医患双方的基本信息，受理时间、鉴定时间、鉴定地点等内容。

（一）委托与受理情况

1. 移交（委托）单位：

由卫生行政部门移交的鉴定，使用“移交单位”；由法院、检察院等单位委托的鉴定，使用“委托单位”。

由单位移交或委托的，填写该单位全称；由医患双方当事人共同委托的，以患方在前、医方在后的顺序填写患方委托人姓名、医疗机构名称，并以“患方”“医方”括注，中间逗号隔开。如：××（患方），××医院（医方）。

2. 受理时间：以受理通知书发出日期为准。

（二）患方基本信息

1. 患者姓名、性别、身份证号：以居民身份证或户籍证明为准。尚未起名的，应当使用“其父或其母姓名+之子（之女）”表示。

当事人为外国人的，应当写明其经过翻译的中文姓名，并用括号注明其外文姓名和国籍。

没有身份证号的，填写出生日期。出生日期可以使用户籍证明、出生证明或病历记录的时间。

2. 联系人：患方指定的联系人姓名，一般仅填写一人的姓名。

（三）医方基本信息

1. 医疗机构名称：与医疗机构《医疗机构执业许可证》第一名称一致。如：“××省人民医院”。

2. 登记号：为《医疗机构执业许可证》中的登记号。通常以 PDY 开头，一共 22 位，中间不加横线或其他标点符号。

3. 联系人：医方指定的联系人姓名，一般填写一人的姓名。

4. 涉及多家医疗机构的，应逐一分别列出，以“医方一”“医方二”……区分。

（四）鉴定会时间：要写出鉴定会召开的日期。如属重新鉴定，或召开多次鉴定会，以最后一次鉴定会时间为准。

（五）鉴定会地点：具体到鉴定会会议室名称。

第九条 【委托事项】委托事项是委托人本次鉴定所提出的鉴定事项和鉴定要求。

1. 鉴定事项包括鉴定对象、鉴定类型两个要素。如“××卫生健康委员会交由我会对×××（患者）与×××（医疗机构）的医疗争议进行医疗事故技术鉴定”。

患者死亡或无完全民事行为能力的，可以表述为“对患者×××（患者家属）与×××（医疗机构）就×××（患者）的医疗争议进行医疗事故技术鉴定”。

2. 鉴定要求：委托人在委托书中列明或强调的需要出具鉴定意见的具体项目。常规医疗事故鉴定（针对是否构成医疗事故、医疗事故等级、责任程度大小进行鉴定的委托）此内容可以省略。补充鉴定或有其他特殊要求，应在委托事项中载明。

第十条 【争议要点】 争议要点是医患双方针对本次鉴定的主要观点和诉求的简要表述。

1. 一般按照先患方后医方的顺序书写，以“患方认为：”“医方认为：”加以区分；

2. 涉及多个医方时可分别列出，前面冠以医方一、医方二……。医方单位的顺序可以根据就诊先后、争议大小或患方诉序排列；

3. 患方的意见一般有：

(1) 患方认为存在过失的医疗行为，如：①没有及时作出失血性休克的诊断；②没有请上级医师会诊；③抢救不利，输血不足，药物使用不当……；

(2) 患者有何损害后果；

(3) 过失与后果是否存在因果关系；

(4) 是否构成医疗事故；

(5) 事故等级以及责任大小。

4. 医方的意见可以一一回应患方，也可以围绕医疗事故构成要件进行原则性回应。后者如：我院诊疗过程中不存在违法违规行为，患者的损害后果是其自身疾病所致，我院认为本例不属于医疗事故。

5. 避免书写与鉴定无关的内容，如：赔礼道歉的诉求、赔偿数额、与非本次鉴定涉及医疗机构的争议等；

6. 如果医患双方能够提供的符合鉴定书书写要求的争议要点，鉴定书中可以直接使用；医患双方未提供，或提供确有困难的，由医学会根据医患双方的陈述、答辩（含书面材料和现场调查时的口头表述）进行提炼、归纳和总结。

7. 在争议要点标题后可以括注：本处是对主要争议的归纳，争议内容详情见双方提供陈述、答辩材料。

第十二条 【鉴定材料】 鉴定材料是本次鉴定收集到的所有与鉴定相关的材料总称。主要包括门（急）诊病历、住院病历、检查检验报告、医学影像检查资料、病理资料、医患双方陈述意见、医方执业许可证证明材料及其他有关材料。鉴定材料应当完整，材料名称、性质、单位、数量、编号、来源等应当准确、规范。

（一）应当注明材料的提供方（委托单位、患方、医方或医学会）。一般按材料提供方分类后逐条列出；未按提供方分类的，应在备注中说明材料来源。

（二）分列顺序一般按医患双方陈述材料、病历资料、检查检验报告、医学影像检查资料、病理资料和其他材料。

（1）医患双方的鉴定申请及陈述材料；“当事方” + “材料名称” + “数量” + “单位”。如患方鉴定申请书1份，陈述材料1份。

（2）门（急）诊、住院病历资料：一般按“医疗机构全称” + “材料名称” + “性质” + “数量” + “单位” +（“备注”）。如：××市中心医院住院病历原件1份（病案号：××）。没有病历编号的，需要注明患者姓名和该病历形成时间，如：××（患者姓名）在××市中心医院就诊门（急）诊病历原件1份（无编号，首次记录为×年×月×日）。

（3）尸检报告等非病历资料可参照病历资料的表述方式。

(4) 材料较多时, 对其中非重要材料可以适当简化。如: ××在 B 医院、C 医院门(急)诊病历 3 份, 心电图检查报告 5 份, 医学影像片 6 张。

(5) 其他材料通常有执业证书、调查笔录、证明材料、照片、实物等的原件或复印件, 可以逐项或分类列出名称及数量。

第十二条 【诊治概要】 诊治概要是对患者诊治经过、损害后果等主要事实要点的归纳与说明。

(一) 诊治概要主要来源于(本院及外院)病历资料, 有关部门提供的检查检验报告、调查结论等有效证明文件; 特定情况下, 医患双方的陈述答辩可以作为佐证。

(二) 诊治概要一般按时间顺序书写, 通常包括患者就诊(入院)时情况、处理措施、转归; 一些案例还需要出(离)院后的检查、诊断、治疗等情况。委托书中明确要求鉴定的、医患双方争议的、鉴定专家认为需要评价的医疗行为, 诊治概要中应作为重点内容。

1. 患者就诊(入院)时情况: 说明来院时间、主诉、诊断、接诊方式(门诊、急诊、住院)、住院时间; 如涉及重点内容, 还应记录就诊时的检查检验项目和结果、现病史或既往史。

2. 医方给予的处理: 明确诊疗流程中的主要检查、诊断、治疗方案及治疗措施等名称及相应时间, 反映出诊治脉络; 涉及鉴定重点内容的, 还要摘录或引用当时的症状体征、检查结果、药物用法用量、手术操作记录、知情同意条款、医嘱等内容或数据。

3. 患者转归: 针对与本次鉴定相关的患者最终损害后果的时间和状态进行描述, 指明证据来源; 有检查、检验(含尸检)报告的, 需要摘录主要结果(数据)或结论。

4. 院外情况：患者离院后与预后相关的因素，如重要病情变化及相应时间，在其他医疗机构的检查、诊断、治疗的名称及相应时间，等。

（三）要与分析意见相呼应，提供有价值的诊疗过程或数据；尽量减少与本次鉴定关联度不高的内容。

第十三条 【鉴定过程说明】 鉴定过程说明是针对本次鉴定委托自受理至做出鉴定结论的鉴定程序的介绍。主要包括：受理情况、鉴定材料收集情况（含调查取证）、专家产生情况、鉴定会情况，有时还有中止等特殊情况。

（一）委托受理情况：需要反映出收案时间和案件受理时间，收案时间以收到鉴定委托书的日期为准；受理日期以受理通知书落款日期为准。

（二）鉴定材料收集情况

（1）收到鉴定材料时间：以最后一次收到移交（或委托）单位、医患双方的鉴定材料的日期为准；

（2）调查取证情况：如果有调查取证，应载明调查取证的主要目的、时间、地点、主要参加人员。

（三）鉴定专家产生的情况

（1）抽取专家的时间：是指专家抽取会议的日期，如果多次抽取或补充抽取，按时间顺序逐一注明；

（2）专家组组成：主要专业在前，逐一顺序填写，注明各专业专家人数和总人数。专家组专业名称与专家库中的专业名称一致。如：经抽取产生普通外科 2 人，消化内科 1 人，法医 2 人，正式专家共 5 人，同时抽取了 6 名候补专家。

（3）专家产生过程中遇有由委托单位或医学会代为抽取，或采取指定专家方式等特殊情况，需注明。

(4) 回避情况：如当事人提出回避，应注明提出方。例：应患方要求回避了3名专家，随后进行随机抽取。

如果鉴定专家提出主动回避，注明人数。如：通知专家参加鉴定会后，2名专家提出回避。

(四) 鉴定会情况

(1) 鉴定会相关时间：指通知医患双方召开鉴定会的时间及鉴定会的召开时间。如果多次通知或召开多次鉴定会，按时间顺序逐一注明。

(2) 各方人员到会情况：载明专家组到会人数，医患双方到会人数（以进入会场人数为准）及人员姓名，医学会参会人数。如果有委托单位或其他人员参会，注明单位名称及人数。

(3) 鉴定会主要环节：载明鉴定会中发生的医患双方陈述及答辩、专家鉴定组提问调查、现场查体、医患双方退场、专家鉴定组进行合议等基本流程名称。

(4) 鉴定合议情况：载明专家鉴定组合议表决的情况，如“以一致意见形成鉴定结论”、“根据半数以上专家的一致意见形成鉴定结论”。

(五) 特殊情况

(1) 中止 载明中止的日期和主要理由，处理情况和重启日期。中止、重启的日期以相应的通知书确定的时间为准。

(2) 其他特殊情况：鉴定程序中出现的其他特殊情况的名称、时间及解决措施。

第十四条 【查体情况】 查体情况是鉴定活动中为评定患者器官组织缺失和功能障碍等机体受损状况而进行的现场专科体格检查的结果记录。医疗事故技术鉴定的查体情况以物理检查为主，主要记录检查项目和检查结果，必要时可以描述检查过程。

1. 围绕与案情相关或与患方诉求相关的损害后果的检查书写，避免记载与本次鉴定定性、定量及争议无关的检查；
2. 检查的项目要完整，不遗漏重要的阳性或阴性体征；
3. 使用临床检查或法医学检查的规范用语，避免产生歧义和误解；
4. 如其他鉴定材料已经能够明确患者损害后果而无需查体的，本项可以省略。

第十五条 【分析意见】 分析意见是围绕鉴定结论，就医疗行为有无过失、医疗过失是否造成患者人身损害、过失行为与后果有无因果关系等要件进行的分析和说明；如果属于医疗事故，还需要进一步就医疗事故等级和责任程度等事项判定依据进行说明。

分析意见可以将概述、医疗行为分析、损害后果分析、因果关系分析依次分列，逐一叙述的方式；也可以根据案件实际情况和表述习惯调整次序或采用综合分析的方式。

（一）概述。概述是在诊治概要基础上对患者主要病情、医疗措施、预后等进行进一步简洁明了的概括，为深入分析做铺垫。主要包括：就诊时间，就诊原因，主要诊断，治疗原则，预后。

（二）医疗行为分析。本内容是对重点医疗行为有无过失的分析过程。鉴定中涉及的医疗行为一般有：诊断、检查检验（体格检查、实验室检查、影像学检查、病理检查等）、治疗（药物、手术操作、康复等）、告知、病历记录等。重点医疗行为主要是指：委托事项中明确要求鉴定的医疗行为；鉴定专家组认为存在过失的医疗行为；争议要点涉及的医疗行为；专家鉴定组认为有必要说明的医疗行为。

1. 对重点医疗行为分析时一般需要表述出：医方实际实施医疗行为及证明该行为存在的依据；专家组认为应当实施的医疗行为及证明应当实施的依据；过失认定。

(1) 医方实际实施医疗行为及证明该行为存在的依据:

“作为”型: 描述相应医疗行为的时间、名称或内容, 并列出认定医方实施该行为的依据。

“不作为”型: 可以直接表述医方何时没有实施何种医疗行为, 并列出认定医方未实施该行为的依据。

可摘抄、摘录病历或其它证据材料的有关内容以增强认定依据的客观性、充分性。

(2) 鉴定认为应当实施的医疗行为及证明应当实施的依据。主要包括: 相对于医方实际实施的医疗行为, 指出在当时情况下应当采取的医疗行为的名称或内容, 并列出认定医方当时应当采取该医疗行为的依据。

认定医方当时应当采取该医疗行为的依据, 包括临床依据和医学法律依据。临床依据是当时的诊疗情况和患者病情表现; 医学法律依据是针对当时的情况, 法律法规、诊疗规范、常规等所提出的相应要求。

临床依据和医学法律依据均可通过摘抄、摘录有关病历或文件、资料增强证明力。

(3) 过失认定。在前述对医疗行为是否属于过失做出的判断。表述方式可以针对医疗行为逐一判断, 也可以将过失行为归类后一并判断。后者通常以“医方存在以下医疗过失行为”等意思的语句开头, 随后对过失逐一分析。

过失认定以能够明确该医疗行为是否属于过失为基本原则, 并与

(1) (2) 的分析相一致, 不出现逻辑错误。

(三) 患者人身损害情况分析。人身损害情况既有患方主张的损害后果, 也有经鉴定认为与医疗事故相关的损害后果。分析意见中应就损害后果是否存在、损害程度大小及判定依据做以说明。

1. 损害后果是否存在：分析意见中应指出专家组确认患者存在何种损害后果，列出认定损害后果存在的依据（病历资料、检查检验报告、现场查体、调查取证等）。与本次鉴定无关的人身损害情况不需要分析。

2. 损害程度：分析意见中要有反映器官组织形态、功能损害程度大小的定性、定量数据，并明确该数据出处作为判定依据。无医疗过失的案例，可以简化损害程度说明。

（1）描述医疗损害后果时，注意与医疗事故分级标准的衔接。

（2）鉴定书中如有独立的查体记录，分析意见中不必全部重复，表述要点即可。

3. 对人身损害情况的分析可以在分析意见中作为独立内容集中分析，也可以根据需要分散在概述、等级判定或其他内容中，能够包含上述要素即可。

（四）医疗过失与损害后果的因果关系分析。

1. 对患者无任何损害后果的情形，分析意见中可以没有因果关系分析。

2. 对存在人身损害后果但无医疗过失行为的，分析意见中可以对损害后果发生机制及与非医疗过失因素的关系进行分析。

3. 构成医疗事故的，需要阐明哪些医疗过失行为与医疗事故的损害后果之间有因果关系，哪些没有，必要时可进一步说明理由。

4. 医疗事故的损害后果为多因素造成的，可以逐个列出，必要时可说明认定本例存在这些因素的理由。

（五）事故等级和责任程度分析。构成构成医疗事故的，应当阐明事故等级及责任程度。

1. 医疗事故等级。根据《医疗事故分级标准》医疗事故分为四级十二等。分析意见中需要阐明患者损害结果与《医疗事故分级标准》

进行比对的情况。患者损伤情形与《医疗事故分级标准》具体例举条款均不一致时，可以比对相近条款或各等级划分的原则。

2. 医疗事故的责任程度。分为完全责任、主要责任、次要责任、轻微责任。在因果关系分析的基础上，结合责任程度判定原则，说明责任程度判定理由。

3. 因鉴定条件所限（资料不足、发育尚未成熟、治疗未终结等），采取“暂定”或“无法确定”等级或责任程度等方式处理的，需注明原因。

第十六条【结论】 鉴定结论是指专家鉴定组合议后，针对委托事项得出的最终结论性意见。鉴定结论应当明确是否构成医疗事故，如果构成医疗事故，还需要明确医疗事故的等级、医疗事故的责任程度。鉴定结论应当与分析意见一致。

（一）格式

1. 构成医疗事故的：

综上分析，根据《医疗事故处理条例》第二、四条、《医疗事故分级标准（试行）》、《医疗事故技术鉴定暂行办法》第三十六条等，本例属于×级×等医疗事故，医方承担××责任。

2. 不构成医疗事故的：

综上分析，根据《医疗事故处理条例》第二条、第三十三条等，本例不属于医疗事故。

3. 可以根据案件需要调整内容和表述形式。

（二）涉及多个患者的，应分别表述是否构成医疗事故、医疗事故等级和责任程度。

医疗事故涉及多家医疗机构的，应注明各医疗机构的医疗行为是否构成医疗事故及事故等级、责任程度划分。如：医方共同承担主要责任（其中，×医院承担主要责任中的80%，×医院承担主要责任中的20%）。

第十七条 【医疗护理医学建议】 医疗护理医学建议是对患者因医疗事故所造成的损害今后所必要的检查、治疗、康复及护理等措施的判断。此项内容主要包括: 措施名称、实施时间(周期)及原则等。不属于医疗事故的, 鉴定书中可省略此项。

1. 医疗事故造成的损害后果需要继续诊疗、护理的, 应列出合理适宜、常规有效、经济实用的针对性措施。
2. 与本次事故无关的损害后果的后期诊疗, 或超出医疗护理范畴的处理, 不应在本项目中体现。
3. 构成医疗事故, 但无需继续治疗、护理等处理的, 此项可以写为“无”, 或用其他语句表明意思。

第十八条 【落款】 落款由医疗事故技术鉴定专用章和鉴定会日期构成。

- (一) 鉴定会日期使用汉字数字表示, 例: “二〇二〇年八月二十八日”;
- (二) 医疗事故技术鉴定专用章红印加盖在日期之上, 不压鉴定书正文。
- (三) 落款应与正文同处一面。排版后所剩空白处不能容下印章时, 可以适当调整行距、字距, 不用“此页无正文”的方法解决。

第十九条 【文字、排版和鉴定书制作】 鉴定书制作要求。

- (一) 纸张标准, A4型纸(或A3型纸对折), 单页幅面尺寸为: 210mm×297mm。
- (二) 附件中正文的标题及落款日期为3号字, 黑体, 加粗, 正文内容使用3号字, 仿宋。段首空两格, 行间距一般为1~1.5倍(可根据制作需要调整)。
- (三) 一级标题用4号黑体字, 用“一、”、“二、”、“三、”……标识。

二级标题用汉字数字外加小括号“（一）”、“（二）”、“（三）”……标识。

三级标题用阿拉伯数字“1.”、“2.”、“3.”……标识。

四级标题用阿拉伯数字外加小括号“（1）”、“（2）”、“（3）”……标识。

（四）采用单面印刷的，页码居右；双面印刷的，单页页码居右，双页页码居左；印品要字迹清楚。封面计为第1页，但封面不显示页码。页码为5字号，宋体。

（五）鉴定书各页之间应当加盖医疗事故技术鉴定专用章红印，作为骑缝章。

第二十条【格式调整】 遇到特定情况，鉴定书写时可以按照本《规范》的原则，根据鉴定案件具体情况合理确定，适当调整条目或内容。

第二十一条【生效日期】 本规范自2021年1月1日起施行。中华医学会于2002年制定的《医疗事故技术鉴定书格式》及填写说明同时废止。

编写人员：（按拼音字母排序）

褚建欣	天津市医学会
江 涛	南京市医学会
李国红	中华医学会
李 卫	郑州市医学会
陆 泓	湖北省医学会
齐瑞瑞	中华医学会
宋冬春	湖南省医学会
王春庭	石家庄市医学会
王聪灵	河南省医学会
文立平	吉林省医学会
薛晓芳	上海市医学会
翟 春	南宁市医学会
张 坚	浙江省医学会
张琦龙	新疆自治区医学会
张兆辉	四川省医学会
庄立君	北京医学会