

附件1

# 深圳市卫生健康委员会文件

深卫健规〔2019〕2号

---

## 市卫生健康委关于印发《深圳市病残儿医学鉴定管理办法》的通知

各有关单位：

为规范我市病残儿医学鉴定工作，根据《病残儿医学鉴定管理办法》《广东省病残儿医学鉴定管理办法实施细则》等有关规定，我委制定了《深圳市病残儿医学鉴定管理办法》，现予以印发，请遵照执行。

市卫生健康委

2019年3月7日

# 深圳市病残儿医学鉴定管理办法

**第一条** 为了规范病残儿医学鉴定工作，根据《病残儿医学鉴定管理办法》《广东省病残儿医学鉴定管理办法实施细则》等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本市户籍人员因生育的子女由于各种原因致病、致残要求再生育，而申请病残儿医学鉴定的，适用本办法。

**第三条** 本办法所称病残儿，是指因先天（包括遗传性和非遗传性疾病）或者后天患病、意外伤害而致残，目前无法治疗或者经系统治疗仍不能成长为正常劳动力的人。

**第四条** 市卫生健康行政部门是本市病残儿医学鉴定工作的主管部门，主要履行下列职责：

- （一）负责全市病残儿医学鉴定的监督管理工作；
- （二）负责组织开展市级病残儿医学鉴定，对基层病残儿医学鉴定工作予以业务指导，提出改进鉴定工作的建议；
- （三）成立市病残儿医学鉴定专家组，专家组负责病残儿医学鉴定，并提出鉴定意见；
- （四）制定、公布病残儿医学鉴定办事程序和规定，出具书面鉴定结论，负责申请材料（原始材料）、鉴定文书以及相关资料的档案管理工作。

**第五条** 区卫生健康行政部门负责本辖区病残儿医学鉴定的组织和管理的工作，主要履行下列职责：

- （一）负责审核病残儿医学鉴定的申请材料；
- （二）公布病残儿医学鉴定办事程序和规定，对本辖区病残

儿医学鉴定工作予以监督指导。

**第六条** 街道办事处负责本辖区病残儿医学鉴定申请的受理和初审工作。

**第七条** 夫妻一方具有深圳户籍,符合下列条件之一的,可以申请病残儿医学鉴定:

(一) 已生育两个子女的夫妻,其中一个或者两个子女由于先天(包括遗传性和非遗传性疾病)或者后天患病、意外伤害等原因而致病、致残,要求再生育的;

(二) 再婚夫妻经批准再生育的子女由于先天(包括遗传性和非遗传性疾病)或者后天患病、意外伤害等原因而致病、致残,要求再生育的。

**第八条** 申请病残儿医学鉴定应当提供下列材料:

(一) 《深圳市病残儿医学鉴定申请表》(以下简称《申请表》,见附件);

(二) 夫妇双方以及患儿的户口簿、身份证;

(三) 结婚证,再婚夫妻还应当提交离婚证以及离婚协议书或者人民法院生效的判决书(调解书);

(四) 区级以上医院出具的相关疾病诊断证明、病历以及相关检查报告单等资料;

(五) 患儿为再婚夫妻再生育子女的,还应当提供批准再生育子女决定书。

**第九条** 病残儿医学鉴定按照下列程序进行:

(一) 申请。申请人向具有深圳户籍一方的户籍所在地街道办事处提出申请,并按照本办法要求如实提交申请材料。

(二) 受理。街道办事处自收到申请材料之日起2个工作日内，依据申请材料形式标准和申请材料目录，对申请材料进行形式审查。申请材料符合受理条件的，予以受理；申请不符合受理条件的，应当出具《不予受理决定书》并送达申请人。

因申请人材料不齐全或者不符合法定形式而需申请人补正申请材料的，街道办事处应当在2个工作日内一次性告知申请人补正材料，申请人应当在40个工作日内递交补正材料，逾期不补正的，街道办事处可以作出不予受理决定。

(三) 街道初审。街道办事处受理后应当在10个工作日内完成对申请人相关情况的初审，包括申请材料是否真实，申请人是否符合病残儿医学鉴定申请条件等。对符合条件的申请人，街道办事处在《申请表》上签署意见，加盖公章，将申请材料提交区级卫生健康行政部门；不符合条件的，应当书面回复申请人，退回有关材料，并做好解释工作。

(四) 区卫生健康行政部门审核。区卫生健康行政部门收到街道办事处提交的申请材料后应当在10个工作日内完成审核，包括申请材料是否齐全和真实，申请人是否符合申请条件，并根据审核情况在《申请表》上签署意见，加盖公章。对符合条件的，电话告知申请人等候市级病残儿医学鉴定的通知，并将所有材料在每年的3、6、9、12月1-10日期间提交市卫生健康行政部门；对不符合条件的申请人，应当出具《不符合申请条件通知书》，退回有关材料，并做好相应的解释工作。

(五) 市级病残儿医学鉴定。市卫生健康行政部门组织开展病残儿医学鉴定前，应当根据申请鉴定的数量和病种分类，从市

病残儿医学鉴定专家组中抽取5名以上的专家组成鉴定小组，在每年的3、6、9、12月20日（遇法定节假日顺延至下一个工作日）面见患儿，审核患儿的病历资料及检查报告，向申请人询问患儿的相关病史，对照患儿目前病残程度，依据病残儿医学鉴定诊断标准提出鉴定意见，必要时可以要求申请人补充有关医学资料或者医学辅助检查。鉴定小组鉴定后应当在《申请表》上及时填写鉴定意见，所有参与鉴定的专家在《申请表》上签名。

市卫生健康行政部门审核后在《申请表》上加盖市病残儿医学鉴定专用章，并在10个工作日内出具《病残儿医学鉴定结论通知书》，交区卫生健康行政部门通过街道办事处发放给申请人。

**第十条** 病残儿医学鉴定诊断标准依据国家《病残儿医学鉴定诊断标准及其父母再生育的指导原则》和《广东省病残儿医学鉴定诊断参考标准》有关规定执行。

**第十一条** 鉴定小组依法独立开展工作，任何组织和个人不得干涉鉴定工作。病残儿医学鉴定专家与申请人有亲属关系或者其他利害关系的，应当予以回避。

**第十二条** 病残儿医学鉴定专家在鉴定期间履行职责。非鉴定期间，任何机构和个人的意见不作为病残儿医学鉴定的依据。

**第十三条** 因医疗技术条件限制原因，鉴定小组无法作出鉴定意见的，市卫生健康行政部门应当向省卫生健康行政部门申请省级病残儿医学鉴定。

**第十四条** 申请人在收到《病残儿医学鉴定结论通知书》后，如对其内容有异议的，可以自接到《病残儿医学鉴定结论通知书》之日起30日内，向市卫生健康行政部门申请省级病残儿医学鉴

定。

市卫生健康行政部门应当在收到当事人提交的省级鉴定申请后30日内将有关材料上报省卫生健康行政部门。

**第十五条** 申请本市市级病残儿医学鉴定不收取费用，但因鉴定需要患儿补充有关医学辅助检查的，相关检查费用由申请人自理。

**第十六条** 申请人采用隐瞒超生行为、弄虚作假等方式通过鉴定的，由市卫生健康行政部门撤销其《病残儿医学鉴定结论通知书》。

**第十七条** 本办法自2019年4月1日起施行，有效期五年。

附件：深圳市病残儿医学鉴定申请表

附件

## 深圳市病残儿医学鉴定申请表

患儿姓名 \_\_\_\_\_

患儿父亲户籍\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道

患儿母亲户籍\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道

深圳市卫生健康委员会制

患儿姓名		性别		(贴申请人夫妻双方和患儿近半年内合影。由具有深圳户籍一方的户籍所在地街道办事处审核确认后, 加盖公章)		
曾用名						
出生日期	年 月 日					
申请人姓名	女方	联系电话		男方	联系电话	
身份证号						
户籍地址						
现居住地地址						
目前婚姻状况	<input type="checkbox"/> 双方初婚 <input type="checkbox"/> 男再女初 <input type="checkbox"/> 女再男初 <input type="checkbox"/> 双方再婚 <input type="checkbox"/> 双方复婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 本次婚姻结婚日期:					
子女状况	夫妻生育子女	姓名	身份证号		备注(子女父/母)	
					/	
					/	
	女方与他人生育子女					
	男方与他人生育子女					



申请理由	<p>因子(女)_____患_____,符合以下情形之一(请在符合情形前面的括号里打“√”):</p> <p>( ) 已生育两个子女的夫妻,其中一个或者两个子女由于先天(包括遗传性和非遗传性疾病)或者后天患病、意外伤害等原因致病、致残,要求再生育的;</p> <p>( ) 再婚夫妻经批准再生育的子女由于先天(包括遗传性和非遗传性疾病)或者后天患病、意外伤害等原因致病、致残,要求再生育的。</p> <p>现申请病残儿医学鉴定,并做出如下承诺: 本人保证以上情况及提供的相关材料属实,如有不实,愿意承担一切法律责任。</p> <p>申请夫妻签名: _____</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p>
<p>街道办事处意见:</p> <p>依据《广东省人口与计划生育条例》第十九条第_____项, _____(同意/不同意)申请病残儿医学鉴定。</p> <p style="text-align: right;">(公章)</p> <p style="text-align: right;">经办人: _____</p> <p style="text-align: right;">负责人: _____</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p>	
<p>区卫生健康行政部门意见:</p> <p>依据《广东省人口与计划生育条例》第十九条第_____项, _____(同意/不同意)申请病残儿医学鉴定。</p> <p style="text-align: right;">(公章)</p> <p style="text-align: right;">经办人: _____</p> <p style="text-align: right;">负责人: _____</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p>	
<p>市级病残儿医学鉴定结论</p>	

**1、患儿主要病史及体征**

**2、疾病名称:**

**3、病残程度:**

**4、再发风险:**

**5、结论（注明符合《病残儿医学鉴定诊断标准及其父母再生育的指导原则》哪一条）**

鉴定专家签名:

组长签名:

（盖市病残儿医学鉴定专用章）

年 月 日