

最新死亡登记工作计划(通用5篇)

计划可以帮助我们明确目标、分析现状、确定行动步骤，并在面对变化和不确定性时进行调整和修正。优秀的计划都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？以下是小编为大家收集的计划范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

死亡登记工作计划篇一

临床医生要求清楚完整准确及时的填写死亡医学证明书，内容包括姓名、性别、年龄、职业、婚姻、文化程度、住址、死亡地点、根本死亡原因、死亡日期、诊断单位、诊断依据、死因编码等。

急诊及住院医师要做好死亡病例的登记。登记簿包括姓名、性别、年龄、职业、住址、就诊日期、疾病诊断、转归情况（是否死亡、死亡原因、死亡日期等）基本内容。并对死亡病例进行讨论，并做好记录。

临床医生在确认病人死亡后，应立即填写死亡病例报告卡交予网络直报员。网络直报员收到死亡病例报告卡，在核实确认后，应在规定的时限内将卡片通过计算机网络进行直报并做好报告卡的收集、保存和登记。

按要求对临床医生填写死亡医学证明书进行培训，对资料收集和报告人员、编码人员进行培训，组织临床医生对死亡病例进行医学讨论，并做好各项记录。负责死亡病例报告工作的监督执行，接受上级机构的监督检查。

死亡登记工作计划篇二

一. 为规范公民死亡证明书的和管理和使用，提高统计工作的质量，根据《死亡医学证明书》的填写要求，特制订本院死

亡证明报告制度。

二．公民死亡证明书是判断死者性质的. 基本法律依据，同时也是进行死亡原因统计的基本信息来源，是研究人口自然变动规律的一个重要内容。

三．凡在我院发生的死亡（包括来院已死，院前急救过程中死亡），我院应出具《死亡医学证明书》。

四．《死亡医学证明书》是具有法律效力的医疗文书，必须由诊治医师认真如实填写，不得缺项和涂改，不得使用铅笔及红色笔填写。死亡主要疾病诊断要准确，勿填写症状体征，对死亡原因不明者，应填写《公民死亡医学证明书》调查记录。

五．所有《死亡证明书》必须有诊治医生签名，盖本人印章，加盖我院预防科专用章。

六．诊治医师必须在死亡后3日内开具证明书，第一联由医疗机构长期保存，第二联由预防科网报后交疾病预防控制中心长期保存，第三联由公安部门办理户口注销手续后，由公安部门保存，第四联用于办理尸体火化手续后，由殡仪馆保存。

七．网络直报人员在死亡后7天内完成死因编码及网络直报工作。

八．病案室做好原始医学证明书的保存和管理，协助市疾病预防控制中心开展相关调查工作。

九．预防科对每张报告卡片都要进行先审核后登记而后录入，要定期检查各科室死亡报告情况，每月对网络直报和登记进行自查，发现问题及时解决。

十．如有5岁以下儿童死亡，应分别填写死亡医学证明书和儿

童死亡卡，在网络直报后应报交我县妇幼保健站和报告疾病预防控制中心。

十一、对不履行职责，有死亡病例漏报者，按医院有关奖惩办法予以考核。

死亡登记工作计划篇三

一、死者住址基本情况，按照项目填写。

三、性别：填男或女。

四、民族：按汉、回、壮、维吾尔、藏、白族等填写。

五、主要职业及工种：按就职时间最长的职业填写，并尽可能同时填写职业和具体的工作。不符要求的填写如：工人、干部、操作工或退休。

六、身份证编号：填写15位或18位身份证号码，注意与出生日期保持一致。

七、婚姻状况：按法定的婚姻状况分为未婚、已婚、丧偶、离婚、再婚不详6种情况划记。

八、文化程度：按死者的最高学历的填写。文盲指不识字、半文盲指稍识字，中学含中专，大学含大专。

九、出生日期及死亡日期：按公历年、月、日填写。

十、实足年龄：按周岁计算。如为婴儿，可填写实际存活的月、日、小时。

十一、死亡地点：按死亡证明书上的6种情况填写；来院已死的死亡地点应为家中、赴医院途中。

十二、生前工作单位：指就业所在或死前最后所在的、工作时间较长的单位。

十三、可以联系的家属姓名：指最了解死者生前疾病或其他情况的直系亲属或亲友。

十四、联系人住址或工作单位：指联系人常住地址、电话或所在工作单位。

死亡登记工作计划篇四

一、为规范公民死亡证明书的和管理和使用，提高统计工作的质量，根据《佛山市居民死亡证明书》的填写要求，特制定本院死亡证明报告制度。

二、公民死亡证明书是判断死者性质的基本法律依据，同时也是进行死亡原因统计的基本信息来源。是研究人口自然变动规律的一个重要内容。

三、凡在我院发生的死亡（包括来院已死，院前急救过程中死亡），我院应出具佛山市《居民死亡医学证明书》（四联单）。

四、《居民死亡医学证明书》是具有法律效力的医疗文书，必须由诊治医师认真如实填写，不得缺项和涂改，不得使用铅笔及红色笔填写。死亡主要疾病诊断要准确，勿填症状体征。对死亡原因不明者，应填写《居民死亡医学证明书》调查记录。

五、所有《居民死亡医学证明书》必须有诊治医生签名，加盖我院医疗专用章。

六、诊治医师必须在死亡后7日内开具证明书，第一联由区疾控中心定期收取保存，第二联由填报单位保存，第三联由户

籍管理部门保存，第四联由殡仪馆保存。

七、网络直报人员在死亡后7天内完成死因编码及网络直报工作。

八、病案室做好原始死亡医学证明书的保存与管理，协助市疾病预防控制中心开展相关调查工作。

九、医务科要定期检查各科室死亡报告情况，并对公卫科网络直报工作进行定期督导，发现问题及时解决。

十、如有5岁以下儿童死亡，请分别填写佛山市居民死亡医学证明书和儿童死亡卡。由公卫科收集、整理。分别网络直报和报交我区妇幼保健院预防保健科。

十一、对不履行职责，有死亡病例漏报者，按医院有关奖惩办法予以考核（50.00/例）。

死亡登记工作计划篇五

1、医生到挂号室的死亡证明存放处领取死亡证明。

2、医生按规范填写死亡证明，填写好后加盖诊断证明章。

3、填写好的死亡证明2日内交给直报人员，直报人员进行审查7日内上报疾控中心，上报完成后了封存在办公室长期留存。

我院死亡证明每年用量较少，根据实际情况，我院的死亡证明的编号有办公室、直报人员统一编号，发放责由填写医生2、3、4联发放给死亡家属。

1、医疗机构因指定相关专业人员负责死亡病人的死因编码工作

3、各级医疗机构应在7天内完成死因编码和网络直报，不具备网络直报的条件的医疗机构应于7天内完成死因编码并填写完整的《死亡医学证明书》《死亡病例报告卡》送交市、县cdc，市、县cdc应在当天网络直报。

4、医疗机构在报告死亡原因时，必须写明直接死因、根本死因并按标准进行编码。

5、负责死亡报告和死因编码的人员要认真负责，不得出现编码错误、迟报、漏报

1、报告单位应妥善保存死因登记信息原始资料，填报的《死亡医学证明书》由录入单位档案管理要求长期保存。

2、报告单位应定期下载或查看个案数据和储存本单位网络上报的原始数据库，并采取有效方式进行数据的长期备份。

3、死亡统计资料或分析信息的管理和使用相关单位应按照国家有关法律、法规和国家、省级卫生行政部门有关规定执行，不得擅自公布。

4、对于需要使用死亡信息的，应由申请人按有关行政审批程序进行审批，申请书应明确信息的用途、范围、时段和类别。