附件5 医疗机构甲型H1N1流感病人专用会诊单

医院名称： 请求会诊日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名 | |  | 年 龄 |  | 性 别 |  |
| 床 号 | |  | 国 籍 |  | 籍 贯 |  |
| 工作单位 | |  | 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 主管医师 | |  | 主管医师联系电话 | |  | |
| 流  行  病  学  史  及  主  要  病  情 | 医师签名： 时间： | | | | | |
| 院  内  专  家  组  意  见 | 专家签名： 日期： | | | | | |
| 县级  专家  组意  见 | 专家签名： 日期： | | | | | |
| 市级  专家  组意  见 | 专家签名： 日期： | | | | | |
| 省  级  专  家  组  意  见 | 专家签名： 日期： | | | | | |

注：省级专家组会诊后请将此表上报省卫生厅医疗救治领导组（传真：0571－87709179）