**西充县远程会诊医疗中心会诊申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | 年 龄 | |  |
| 职 业 | |  | | 身份证号 |  | | 联系电话 | |  |
| 床号号 | |  | | 住院号 |  | | 入院时间 | |  |
| 家属姓名 | | | |  | 家属电话 | |  | | |
| 初步诊断 | | |  | | | | | | |
| 诊治经过 | | |  | | | | | | |
| 会诊目的 | | |  | | | | | | |
| 会诊医院类型选择 | 四川大学华西医院 | | □择期会诊 □多科会诊 | | | | | | |
| 四川省 人民医院 | | □择期会诊 □点名会诊 □急会诊 □多科会诊 | | | | | | |
| 申请会诊科室（上级机构） | | | | |  | | | | |
| 申请日期 | | | |  | | 期望会诊日期 | |  | |
| 申请科室及专业 | | | |  | | 申请医师 | |  | |
| 申请医师职称 | | | |  | | 申请医师联系方式 | |  | |

注：1.会诊前请签好知情同意书，放入患者病历夹。

2.以上内容为申请会诊时必须填写的内容，请医师认真填写。

3.如无特殊说明，科教科上传资料默认患者入院前一天到申请会诊当天检验、CT、放射、彩

超检查资料。如有外送检查、入院之前或其他情况的检查，请单独QQ传送至：3320131880或科教科工作人员。

4.会诊医嘱代码见附件5。

5.会诊申请单填写完成后请电话通知科教科工作人员，无需打印该页面。

6.收到远程会诊意见单后请放入患者病历夹妥善保存。