附件1

双向转诊单（存根）

姓名 性别 年龄 健康档案号 编号

转诊原因

转往医疗机构 患方联系电话

转出时间 年 月 日 时 分

患方知情同意签字

转诊医疗机构 转诊医生

……………………………………………………………………

双向转诊（上转）单

　　编号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名： | 性别： | 年龄： | 职工医保、城乡医保、自费 |
| 转诊医疗机构： | 转往医疗机构： |
| 病情摘要及处置情况： |
| 转诊理由：□1.条件所限无法治疗；□2.急危重症患者；□3.本院可以治疗，但患者要求必须转入上级医疗机构；□4.按依据有关法律法规，需转入专业防治机构诊治；□5.其他。 |
| 转送方式：救护中心接送、转诊单位护送、患者自理 |
| 患方知情同意签字： |
| 转出时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时\_\_\_\_分 | 转诊办盖章： 转诊医生： |
| 转入 | 接受医疗机构： |
| 时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时\_\_\_\_分 |
|   接诊医生\_\_\_\_\_\_ |

附件2

双向转诊单（存根）

姓名 性别 年龄 健康档案号 编号

转诊原因

转往医疗机构 患方联系电话

转出时间 年 月 日 时 分

患方知情同意签字

转诊医疗机构 转诊医生

……………………………………………………………………

双向转诊(下转)单

编号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名： | 性别： | 年龄： | 门诊号： | 住院号： |
| 转往医疗机构： |
| 转诊性质及部门：会诊 门诊 急诊 住院 其他: |
| 病情摘要及诊疗情况：（住院患者详见出院小结） |
| 后续治疗方案与管理建议： |
| 预约复诊或随访时间、方式 | 患者知情同意签字： |
| 转出（院）时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时\_\_\_\_分 | 转诊办盖章： 转诊医生： |
| 接收 | 时间：  接收医生： |

附件3

双向转诊协议书

（参考样本）

甲方：基层医疗卫生机构名称

乙方：上级医疗机构名称

为贯彻落实国家和省市有关分级诊疗文件精神，确保人民群众医疗安全，甲乙双方经过协商，就双方在医疗卫生服务工作中实施双向转诊达成如下协议：

一、在患者或家属知情同意的前提下，甲方将疑难、危重病员及其它符合上转指征的患者转至乙方诊治。

二、乙方对甲方转送的危重患者优先安排诊疗，为患者提供优质、便捷的服务。

三、在患者或家属知情同意的前提下，乙方将居住在甲方服务范围的康复期及其他符合下转条件的患者转至甲方进行后续和康复治疗。

四、双方要及时向对方提供患者的有关诊疗资料，上级医疗机构要对下转患者提出后续治疗和管理方案。

五、下转的患者如病情发生变化，接受医院要及时与转出的上级医院联系，上级医院要及时安排经治医师参与诊疗，必要时派驻到基层单位指导诊疗。转出的上级医院派驻医师不收取会诊费。

六、违约责任：本协议以更好地体现以患者为中心，双方承诺互不承担经济责任。如未按协议履行义务，则违约方应向市、县（区）卫生计生行政部门做出书面解释，并予改进。

七、其它未尽事宜，甲乙双方可另行协商解决。

甲方代表签字： 乙方代表签字：

（公章） （公章）

年 月 日 年 月 日