死亡病例讨论制度是指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，

对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

1.所有死亡病例均应组织全科讨论，原则上在死亡后1周内（5个工作日内）进行，尸检病例在尸

检报告出具后1周内必须再次讨论。

2.死亡病例讨论应由科主任或具有副主任医师以上职称的医师主持，全科医护人员、科室（病区）

护士长及责任护士参加。如死亡病例病情及死因复杂，或涉及本学科以外的其他专科，或经多学

科诊治，则需要邀请相关科室副主任医师以上职称人员参加，必要时可请医务部及分管院领导参

加。

3.讨论时，由经治医师汇报病史及诊疗经过，上级医师补充说明，参加人员本着科学严谨的态度，

对患者疾病诊断、治疗和病情发展、转归、抢救过程进行讨论分析，重点分析死亡的原因和影响

因素，临床医师从低年资到高年资依次发言，主持人归纳总结，经治医师负责整理、记录，将死

亡病例讨论结果记入病历。

4.死亡病例讨论结论记录内容格式符合《山东省病历书写与管理基本规范》的要求，包括讨论日期、

主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等，最后经主持人审阅后签字。死亡病例讨论

记录应按照医院统一模板规范记录，单独成册，存档备查，指定专人保管，未经科室主任同意，

任何人员不得查阅或摘录。

5.科室定期对本科室死亡病例汇总分析，对科室诊疗及抢救过程中存在的缺陷提出改进意见和建议，

积极进行整改并严格落实。医务部定期督导本制度落实情况。