

# 陕西省卫生健康委员会 陕西省民政厅

陕卫医发〔2025〕24号

## 陕西省卫生健康委员会 陕西省民政厅 关于规范医疗卫生机构死胎和离体残肢 处理工作的通知

各设区市、杨凌示范区卫生健康局、民政局，委直委管各医疗机构：

为进一步规范医疗卫生机构死胎和离体残肢处理工作，根据《殡葬管理条例》《医疗废物分类目录（2021版）》《医疗卫生机构新生儿安全管理制度（试行）》和《陕西省卫生厅关于印发产科工作制度的通知》（陕卫妇发〔2013〕315号）等相关法律文件规定，现就医疗过程中产生的死胎和离体残肢处理通知如下：

### 一、关于“胚胎组织和死胎”

16周胎龄以下或重量不足500克的胚胎组织，作为病理性

医疗废物，按照《医疗废物管理条例》相关规定进行处理；16周胎龄以上或重量大于等于500克的死胎，医疗卫生机构与家属签署《死胎处理知情同意书》（可参考附件1）后按患者/授权委托人意见处理。需殡仪馆火化的死胎，医疗卫生机构开具《死胎证明书》（可参考附件2），由属地殡仪馆办理相关火化事宜。

## 二、关于“离体残肢”

因外伤离断或手术产生的离体残肢，医疗卫生机构与患者/授权委托人签署《离体残肢处理知情同意书》（可参考附件3）后按患者/授权委托人意见处理。需殡仪馆火化的离体残肢，医疗卫生机构开具《离体残肢证明书》（可参考附件4），由属地殡仪馆办理相关火化事宜。

## 三、其他要求

（一）对于有传染性疾病的死胎和离体残肢，应依据《传染病防治法》《殡葬管理条例》《医疗卫生机构新生儿安全管理制度（试行）》等要求妥善处理，违反有关规定的单位和个人，依法承担法律责任。

（二）各级卫生健康、民政部门应指导相关机构制定适合本机构的死胎和离体残肢处理流程，明确责任科室及工作人员，及时、合规处理死胎和离体残肢。医疗卫生机构和殡仪馆在完成死胎和离体残肢处理后，应当将相关资料归档保存，以备查验。

（三）各级卫生健康、民政部门应定期组织开展职业道德和社会公德教育，加强人文关怀，严守信息保密规定，确保死

胎和离体残肢相关隐私不被泄露。

（四）本通知印发前各医疗卫生机构存放的死胎，医疗卫生机构应核实患者/授权委托人前期在《死胎处理知情同意书》中签署的委托意见，向所在县级卫生健康行政部门报告后，出具《死胎证明书》，联系属地殡仪馆办理火化事宜。

- 附件：1. 死胎处理知情同意书  
2. 死胎证明书  
3. 离体残肢处理知情同意书  
4. 离体残肢证明书



（编号：19-33〔2025〕4号）

（信息公开形式：主动公开）

附件 1

## 死胎处理知情同意书

患者姓名：                      年龄：                      门诊/住院号：  
身份证号：                      联系电话：

依据《殡葬管理条例》《医疗废物分类目录（2021版）》《医疗卫生机构新生儿安全管理制度（试行）》等相关法律法规，明确规定16周胎龄以上或重量大于（含）500克的死胎，需纳入殡葬管理。

### 医师陈述：

我已经将死胎的处理方式向患者/授权委托人做了详细告知，并且解答了相关问题。

医师签名：                      签名日期：            年    月    日

### 患者/授权委托人意见：

医师已将死胎的处理方式向我做了详细说明，并且及时解答了相关问题。本人已理解相关政策规定，经过慎重考虑，本人选择下面第（    ）种方式处理：

1. 委托医疗卫生机构交由殡仪馆火化。本人放弃死胎骨灰，交由殡仪馆处理。

2. 按照《殡葬管理条例》及相关规定自行处理。本人承诺不随意丢弃死胎，不用于其他用途（如器官买卖、宗教迷信活动等）。

患者/授权委托人签名：                      签名日期：            年    月    日

附件 2

## 死胎证明书

兹有我院病人\_\_\_\_\_，年龄\_\_\_\_\_岁，有效身份证件类型\_\_\_\_\_，证件号码：\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，在我院分娩死胎，胎龄\_\_\_\_\_周。

请\_\_\_\_\_殡仪馆协助办理火化手续。

特此证明。

- 注：1. 此证明书一式两份，医疗卫生机构、殡仪馆各留一份。  
2. 加盖经治医疗卫生机构公章后生效。

医师签名：

单位（盖章）：

年 月 日

## 离体残肢处理知情同意书

患者姓名：                      年龄：                      门诊/住院号：  
身份证号：                      联系电话：

依据《殡葬管理条例》《医疗废物分类目录（2021版）》等相关法律法规，明确规定离体残肢需纳入殡葬管理。

### 医师陈述：

我已经将离体残肢的处理方式向患者/授权委托人做了详细告知，并且解答了相关问题。

医师签名：                      签名日期：                      年    月    日

### 患者/授权委托人意见：

医师已将离体残肢的处理方式向我做了详细说明，并且及时解答了相关问题。本人已理解相关政策规定，经过慎重考虑，本人选择下面第（    ）种方式处理：

1. 委托医疗卫生机构交由殡仪馆火化。本人放弃离体残肢骨灰，交由殡仪馆处理。

2. 按照《殡葬管理条例》及相关规定自行处理。本人承诺不随意丢弃离体残肢，不用于其他用途（如器官买卖、宗教迷信活动等）。

患者/授权委托人签名：                      签名日期：                      年    月    日

附件 4

## 离体残肢证明书

兹有我院病人\_\_\_\_\_，年龄\_\_\_\_岁，有效身份证件类型\_\_\_\_，证件号码：\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，因\_\_\_\_\_产生离体残肢\_\_\_\_\_（如左上肢、右下肢等）。

请\_\_\_\_\_殡仪馆协助办理火化手续。

特此证明。

- 注：1. 此证明书一式两份，医疗卫生机构、殡仪馆各留一份。  
2. 加盖经治医疗卫生机构公章后生效。

医师签名：

单位（盖章）：

年 月 日

