FWZN-11410423MB112534XA400012302200001

婚前医学检查、遗传病诊断和产前诊断结果有异议的医学技术鉴定服务指南

2019-07-15发布 2019-12-31实施

鲁山县卫生健康委员会 发布

婚前医学检查、遗传病诊断和产前诊断结果有异议的医学技术鉴定服务指南

1. 事项编码

11410423MB112534XA400072300600001

1. 适用范围

个人

1. 事项类型

行政确认

1. 设立依据
2. 《中华人民共和国母婴保健法》第二十五条 县级以上地方人民政府可以设立医学技术鉴定组织，负责对婚前医学检查、遗传病诊断和产前诊断结果有异议的进行医学技术鉴定。  
   《中华人民共和国母婴保健法实施办法》（国务院令第308号）  
    2、第三十一条　母婴保健医学技术鉴定委员会分为省、市、县三级。母婴保健医学技术鉴定委员会成员应当符合下列任职条件：（一）县级母婴保健医学技术鉴定委员会成员应当具有主治医师以上专业技术职务；（二）设区的市级和省级母婴保健医学技术鉴定委员会成员应当具有副主任医师以上专业技术职务。

3、第三十二条　当事人对婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断结果有异议，需要进一步确诊的，可以自接到检查或者诊断结果之日起15日内向所在地县级或者设区的市级母婴保健医学技术鉴定委员会提出书面鉴定申请。母婴保健医学技术鉴定委员会应当自接到鉴定申请之日起30日内作出医学技术鉴定意见，并及时通知当事人。

当事人对鉴定意见有异议的，可以自接到鉴定意见通知书之日起15日内向上一级母婴保健医学技术鉴定委员会申请再鉴定。

1. 受理机构

鲁山县行政服务中心4楼卫健委窗口

1. 决定机构

鲁山县卫生健康委员会

1. 办理条件

对婚前医学检查、遗传病诊断和产前诊断结果有异议的

1. 申办材料

申办材料应符合以下要求：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 1．提出书面申请 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 2 | 2．母婴保健医学技术鉴定申请表及与鉴定有关的材料 | 原件及复印件 | 各1 | 纸质 | 存档 |
| 3 | 3．申请人身份证明 | 原件及复印件 | 各1 | 纸质 | 验原件存复印件 |

1. 受理方式
2. 窗口受理：鲁山县卫生健康委员会四楼卫健委窗口。
3. 网上申报：进入河南政务服务网（http://pds.hnzwfw.gov.cn/）按照提示进行网上申报。
4. 办理流程

1、申请：申请人对医疗保健机构出具的婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断结果持有异议的，可在接到诊断结果证明之日起１５日内提出申请，同时填写《母婴保健医学技术鉴定申请表》，并提供与鉴定有关的材料。

2、鉴定机构应当在接到《母婴保健医学技术鉴定申请表》之日起３０日内作出医学技术鉴定结论，如有特殊情况，最长不得超过９０日。如鉴定有困难，可向上一级医学技术鉴定委员会提出鉴定申请，上级鉴定委员会在接到鉴定申请后３０日内做出鉴定结论。省级为终级鉴定。如省级技术鉴定有困难，可转至有条件的医疗保健机构进行检查确诊，出具检测报告，由省级医学技术鉴定委员会作出鉴定结论。

3、医学技术鉴定委员会作出鉴定结论后，应当出具《母婴保健医学技术鉴定证明》，并及时送达当事人一份。

1. 办理时限
2. 法定时限

自受理之日起30个工作日完成

1. 承诺时限

最长不得超过９０日

1. 收费依据及标准

无

1. 结果送达

直接送达。

1. 行政救济途径与方式

无

1. 咨询方式
2. 现场咨询

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

1. 电话咨询

0375-7172163

1. 网上咨询

http://zwfw.hnls.gov.cn

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

鲁山县行政服务中心督查科

1. 电话监督投诉

1.窗口：0375-7172625

2.鲁山县行政服务中心总投诉台电话：0375-7172625

3.网上监督投诉：http://zwfw.hnls.gov.cn

1. 办理地址和时间

地址：鲁山县行政服务中心

时间：周一至周五 上午9:00-12：00 下午13:00-17:00

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询：

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

2.电话查询：

0375-7172163

3.网上查询：

[http:// zwfw.hnls.gov.cn](http://pds.hnzwfw.gov.cn)

（二）结果公开查询方式

1、现场查询

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

2、电话查询

0375-7172163

3、网上查询：

[http:// zwfw.hnls.gov.cn](http://pds.hnzwfw.gov.cn)

1. 办理结果样本

无

1. 附件

附件19：常见问题解答

母婴保健医学技术鉴定申请表

　　　　｜姓名：　　　性别：　　　年龄：　　　民族：　　　职业：

申请人－｜住址／通讯地址：

申请单位｜名称：　　　　　　　　　法人代表／负责人

　　　　｜地址：

申请人（单位）与受检对象关系：

｜姓名：　　　性别：　　　年龄：　　　民族：　　　职业：

受检对象｜病案号：

－－－－｜住址／通讯地址：

原医疗保健单位／原鉴定单位：

原诊断结果／原鉴定结论：

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－申请鉴定理由：

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

申请人或  
申请单位　　　（盖章）　　　　　　　　　　　年　　月　　日

省　　市　　县母婴保健医学技术鉴定委员会

　 鉴　　　定　　　书

　 第　　　号  
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

省　　市　　县母婴保健医学技术鉴定书

　第　　页

 被鉴定人姓名：　　　　　年龄：　　　性别：　　　职业：

工作单位：　　　　　　　　　　　　　家庭住址：

原医疗保健单位：　　　　　　　　　　就诊时间：

原诊断结果：

原医学指导意见：

一、病例摘要：

省　　市　　县母婴保健医学技术鉴定书

二、分析意见

　　　　省　　市　　县母婴保健医学技术鉴定书

三、结论意见：

鉴定成员（签字）：

　　　　　　　　　　　省　　市　　县母婴保健医学技术鉴定委员会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（注：此鉴定书留医学鉴定委员会存档）

母婴保健医学技术鉴定证明

 被鉴定人姓名：　　　性别：　　　年龄：　　　民族：　　　职业：

工作单位：　　　　　　　　　　　家庭住址：

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

病例摘要：

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

医学鉴定意见：

　　　　　　　　　　　省　　市　　县母婴保健医学技术鉴定委员会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

附件3：XXX行政许可受理通知书  
 〔 〕第 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 年 月 日提出的 申请收悉。经审查，符合法定受理条件，本机关决定自 年 月 日起受理。

行政机关专用印章

年 月 日

申请人（或委托代理人）：

签名或盖章

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件4：XXX行政许可受理通知书示范文本  
 ××××××〔 ×× 〕第×× 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 ×× 年 ×× 月 ×× 日提出的 ×× 申请收悉。经审查，符合法定受理条件，本机关决定自 ×× 年×× 月 ×× 日起受理。

行政机关专用印章

年 月 日

申请人（或委托代理人）：

签名或盖章

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件5：XXX行政许可申请材料补正告知书

〔 〕第 号

你（）单位于 年 月 日提出的 行政许可申请收悉，经审查，需要补正下列事项：

1.

2.

3.

4.

5.

6.

请你（单位）于 年 月 日前补正上述材料。

行政机关印章（专用印章）

年 月 日

申请人（或委托代理人）：

年 月 日

附件6：XXX行政许可申请材料补正告知书示范文本

××××××〔 ×× 〕第×× 号

××

你（单位）于 ×× 年×× 月 ×× 日提出的 ×× 行政许可申请收悉，经审查，需要补正下列事项：

1. ××××××××××××××××

2. ××××××××××××××××

3. ××××××××××××××××

4. ××××××××××××××××

5. ××××××××××××××××

6. ××××××××××××××××

请你（单位）于×××× 年××月××日前补正上述材料。

行政机关印章（专用印章）

年 月 日

申请人（或委托代理人）：××××

年 月 日

附件7：XXX行政许可受理(不予受理)审批表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人 | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 行政许可  申请事项 |  | | | |
| 行政  许可  事项  审查  情况 |  | | | |
| 承办人  意见 | 承办人签名 年 月 日 | | | |
| 承办机构  审核意见 | 负责人签名 年 月 日 | | | |

附件8：XXX行政许可受理(不予受理)审批表示范文本

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人 | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 行政许可  申请事项 | ×××× | | | |
| 行政  许可  事项  审查  情况 | ×××× | | | |
| 承办人  意见 | 承办人签名×××× 年 月 日 | | | |
| 承办机构  审核意见 | 负责人签名×××× 年 月 日 | | | |

附件9：行政许可不予受理决定书

〔 〕第 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 年 月 日提出的 申请收悉。经审查，

审查情况和不予受理许可的理由 （即不符合法定条件或法定标准） 。依据 规定，本机关决定不予受理你提出的 申请。

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内向郏县人民政府或者郏县人力资源和社会保障局申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法直接向人民法院提起行政诉讼。

行政机关专用印章

年 月 日

申请人（或委托代理人）签名或盖章：

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件10：行政许可不予受理决定书示范文本

××××××〔 ×× 〕第×× 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于××××年××月××日提出的 ×××× 申请收悉。经审查，

×××× 审查情况和不予受理许可的理由 （即不符合法定条件或法定标准） 。依据××××××××规定，本机关决定不予受理你提出的 申请。

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内向郏县人民政府或者郏县人力资源和社会保障局申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法直接向人民法院提起行政诉讼。

行政机关专用印章

年 月 日

申请人（或委托代理人）签名或盖章：

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件11：XXX行政许可决定审批表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 行政许可  申请事项 |  | | 申请材料  接收时间 |  |
| 行政许可  受理时间 |  |
| 申  请  人 | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住 址 |  | 电 话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  | 电 话 |  |
| 行政  许可  事项  审查  情况 |  | | | |
| 承办人  意 见 | 承办人签名： 年 月 日 | | | |
| 承办机构  审核意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |
| 行政机关  负责人  审批意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |

附件12：XXX行政许可决定审批表示范文本

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 行政许可  申请事项 | ×××× | | 申请材料  接收时间 | ×××× |
| 行政许可  受理时间 | ×××× |
| 申  请  人 | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住 址 | ×××× | 电 话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 所在单位 | ×××× | 电 话 | ×××× |
| 行政  许可  事项  审查  情况 | ×××× | | | |
| 承办人  意 见 | 承办人签名： 年 月 日 | | | |
| 承办机构  审核意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |
| 行政机关  负责人  审批意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |

附件13：准予行政许可决定书

鲁卫健函〔 〕第 号

：

你（单位）于 年 月 日提出的 行政许可申请，本机关于 年 月 日受理。经审查，符合 规定的条件和标准。本机关依据

和《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款的规定，决定准予你（单位）取得

行政许可，有效期自 年 月 日至 年 月 日。

请你持本决定，到 办理（领取）行政许可证件。

行政机关印章

年 月 日

附件14：准予行政许可决定书示范文本  
鲁卫健函〔 〕第 号

××××××××：

你（单位）于××××年××月××日提出的××××行政许可申请，本机关于××××年××月××日受理。经审查，符合 规定的条件和标准。本机关依据×××××××× 和《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款的规定，决定准予你（单位）取得××××行政许可，有效期自××××年××月××日至××××年××月××日。

请你持本决定，到××××××××办理（领取）行政许可证件。

行政机关印章

年 月 日

附件15：XXX行政许可办结报告

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  （被许可人） | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  | 电话 |  |
| 行政许可  事项 |  | | | |
| 办理内容 | 🞎 初次申请 🞎延续 🞎变更 🞎撤回 🞎撤销 🞎注销 | | | |
| 行政许可  文书文号 |  | | 发文日期 |  |
| 行政许可证书  编号、内容摘要 |  | | | |
| 审查情况、理由  及决定内容 |  | | | |
| 结案方式 | 🞎依程序办结 🞎复议结案 🞎诉讼结案 | | | |
| 行政许可  承办人意见 | 承办人签名： 年 月 日 | | | |
| 行政许可  承办机构  负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |
| 行政许可  机关负责人  意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |

附件16：XXX行政许可办结报告示范文本

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  （被许可人） | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 所在单位 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 行政许可  事项 | ×××××××× | | | |
| 办理内容 | 🞎 初次申请 🞎延续 🞎变更 🞎撤回 🞎撤销 🞎注销 | | | |
| 行政许可  文书文号 | ×××× | | 发文日期 | ×××× |
| 行政许可证书  编号、内容摘要 | ×××× | | | |
| 审查情况、理由  及决定内容 | ×××× | | | |
| 结案方式 | 🞎依程序办结 🞎复议结案 🞎诉讼结案 | | | |
| 行政许可  承办人意见 | 承办人签名： 年 月 日 | | | |
| 行政许可  承办机构  负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |
| 行政许可  机关负责人  意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | |

附件17：事项流程图



附件 18：常见错误示例

1.申请材料不齐全、规范的。

附件 19：常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答：承诺自受理之日起10个工作日办完。

2.问：收费标准和依据是什么？

答：办理此事项不收费。