

四川求实司法鉴定所

司法鉴定意见书



声 明

1.司法鉴定机构和司法鉴定人根据法律、法规和规章的规定，按照鉴定的科学规律和技术操作规范，依法独立、客观、公正进行鉴定并出具鉴定意见，不受任何个人或者组织的非法干预。

2.司法鉴定意见书是否作为定案或者认定事实的根据取决于办案机关的审查判断，司法鉴定机构和司法鉴定人无权干涉。

3.使用司法鉴定意见书，应当保持其完整性和严肃性。

4.鉴定意见属于鉴定人的专业意见。当事人对鉴定意见有异议，应当通过庭审质证或者申请重新鉴定、补充鉴定等方式解决。

5.非由我所负责抽样/取样阶段工作时，鉴定意见仅适用于送检检材/样本。

联系电话

法 医 室：028-81720583 前 台：028-86751492

文痕检办公室：028-86202738 综合办公室：028-86751183

DNA亲子鉴定：028-86202170 法医毒物：028-86758122

网 址：www.qsjds.cn

地 址：成都市锦江区庆云南街69号红星国际2期2号楼16层
17层1704、1705、1706、1707、1708、1714、1715

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

受理日期：2025年2月28日

鉴定材料:

8. [REDACTED] 检验科 [REDACTED] 《检验报告单》
《心电图报告》复印件共计5页；

9. [REDACTED] 《超声检查报告单》《电脑胎儿监护图》
《胎监报告单》复印件共计10页；

10. [REDACTED] 《产科(一般)检查报告单》《胎监检查
报告》复印件共计2页；

11. [REDACTED] 病历资料(病案号：
[REDACTED]) 复印件 2份共计217页；

12. [REDACTED] 之子病历资料(病案号：
[REDACTED]) 复印件2份共计142页；

13. 2025年3月10日收到补充材料：[REDACTED]、[REDACTED] 《申请书》1页。

鉴定陈述会时间：2025年2月28日

鉴定陈述会地点：四川求实司法鉴定所

鉴定陈述会参加人员：

患方：[REDACTED]、[REDACTED]、何宇

医方：[REDACTED]、[REDACTED]、[REDACTED]

被鉴定人：[REDACTED]之子，男，出生日期：2023年12月30日。

二、基本案情

据送检资料记载：2023年12月28日 [REDACTED] 因“停经9个月，不规则腹痛4小时”入住 [REDACTED]，诊断为孕40*6周G1P0 LOA。12月29日因“羊水AFI 6cm,41周妊娠”给予COOK球囊促宫颈成熟，12月30日给予人工破水+缩宫素引产，18:00开始出现体温逐渐升高，21:00行子宫下段剖宫产术，21:03以枕后位娩出一足月活男婴([REDACTED]之子)，Apgar评分8-9-9分，21:14入住新生儿科，入院后病情进行性加重经抢

三、资料摘要

■■■■■■■■■■住院病历(住院号: ■■■■■■)

2023-12-28 20:09入院记录：■■■，女，27岁，主诉：停经9个月，不规则腹痛4小时，于2023年12月28日19:50入院。现病史：孕妇自述为自然受孕。早孕彩超提示孕周与停经史符合。末次月经：2023年03月17日(+)。预产期：2023年12月22日(+)。停经40+天测尿HCG(+)，40+天出现早孕反应。停经4+月感胎动至今。孕20周左右有发热史(给予蒲地蓝治疗)，无保胎史。孕早期未发现胎盘低置情况。孕期排畸筛查：唐氏筛查为低风险、NT检查<0.25cm、四维彩超未见明显异常。孕中期行OGTT示正常；孕期产检甲功正常。孕期未患其他疾病，否认接触有害物质。4小时前出现阵发腹痛，无阴道流水、阴道流血，自觉胎动好。饮食正常，大小便正常。既往史：一般健康状况：好。体格检查：

肝功能：大致正常(2023年12月12日)。甲状腺功能：正常(2023年09月07日)。病原学九项检测：抗原阴性(2023年09月07日)。阴道分泌物检

查：未做。胎儿彩超：单胎，晚妊，头位，AFI:12cm(2023-12-19)。胎心监护(2023-12-28)：未查。心电图：大致正常(2023年12月12日)。初步诊断：孕40+6周 G1P0 LOA。

产前观察及医患沟通记录表：

2023-12-28 20:21消毒内诊：骨盆形态大致可，估计胎儿中等大小，可经阴试产，但试产过程中可能出现头位难产、肩难产、臂丛神经损伤、肢体瘫痪、助产、产伤，产道裂伤，出血，羊水栓塞、胎儿窘迫、死亡，新生儿窒息，转儿科，脑瘫、死亡等可能，协商分娩方式：1.经阴试产2.剖宫产。患方：我已明白我目前的病情、医生告知的上述风险及给予的处置建议，我要求：自己生，不手术。■ 2023-12-28 20:30

2023-12-29 15:20查房记录：孕妇无腹痛等不适，自觉胎动可，查体：BP119/76mmHg,未触及宫缩，胎心好，NST(+), 彩超：BPD 10.2cm,FL7.2cm,AC36.1cm,AFL6cm,巨大儿不排除，试产中有头位难产、肩难产、神经损伤、骨折、胎死宫内等危险，协商分娩方式：①剖宫产为首选②试产，分泌物II,GBS (一),内诊：宫口开容指，先露头，S2,质中，居中，容受40%,未破水，Bishop:4分，可给予COOK球囊促宫颈成熟，风险告知。

明白病情，自己生，不手术，要求放球囊。■ 2023-12-29 15:30

2023-12-30 8:35取出球囊，孕妇无宫缩，胎心140次/分，嘱去待产室行内诊+人工破水，必要时催产素加强宫缩。

不手术，自己生。■ 2023-12-30 10:00

2023-12-30 9:00孕妇现无腹痛、腹胀，无阴道流血流水，查体：胎心147次/分，宫体张力不高，行内诊示宫口容两指，宫颈容受50%，居中，质中，S2。孕妇前羊膜囊不充盈，破水困难，现静滴催产素引产。

2023-12-30 13:40孕妇现腹痛不规律，宫缩强度差，无阴道流血

流水、查体：胎心139次/分，宫体张力不高，胎心监测反应型，行内诊示宫口容三指，宫颈边厚，S-2，行人工破水，羊水清，量约5ml，暂停催产素，告知有头位难产，肩难产，胎儿窘迫，胎死宫内，急诊剖宫产等风险，估计胎儿偏大，建议行剖宫产相对安全，协商：1.剖宫产(首选)2.经阴试产。

要求人工破水，要求自己生，不手术。■■■■2023.12.30 13:50

2023-12-30 14:40孕妇有阵发性腹痛，自诉腹痛时有大便感，阴道流水清，无阴道流血，查体：胎心134次/分，宫体张力不高，胎心监测反应型，行内诊示宫口容三指，宫颈边缘较厚，S2，征求孕妇意见，要求继续待产。

2023-12-30 17:40孕妇现腹痛不规律，宫缩强度差，无阴道流血，查体：胎心134次/分，宫体张力不高，行胎心监测反应型，行胎心监测示宫口仍容三指，宫颈边缘较厚，S2，估计胎儿偏大，告知有头位难产，肩难产，胎儿窘迫，胎死宫内，急诊剖宫产，新生儿窒息等风险，建议剖宫产相对安全，协商：1.首选剖宫产2.经阴试产。

要求自己生。不手术，要求滴催生针。■■■■2023.12.30 17:50

2023-12-30 18:00孕妇现体温37.7℃，要求继续试产，给予补液500ml。

2023-12-30 20:35孕妇19:29体温38.8℃，给予补液，一般物理降温，半小时后复查体温39.8℃，伴寒战，无咳嗽，咳痰，无阴道流血。查体：胎心170次/分，宫体张力不高，行内诊示宫口容三指松，S-1，宫颈边缘厚，未见明显羊水流出。告知孕妇及家属如继续试产有高热抽搐，休克，晕厥，头位难产，肩难产，胎儿窘迫，胎死宫内等风险，退热行剖宫产术终止妊娠，立即应用对乙酰氨基酚0.5g口服，一般物理降温，

现体温38.2℃、协商：1. 首选剖宫产2、经阴分娩。

要求剖宫产 ■■■ 2023.12.3020:36

2023-12-29 17:06 COOK球囊放置记录：放置日期时间：2023-12-29 17:00。目前诊断：1. 孕41周G1P0LOA。操作名称：COOK球囊放置术。手术经过、术中发现的情况及处理：孕妇现无腹痛，无阴道流血流水。查体：胎位LOA，胎心140bpm，无宫缩，宫体张力不高。消毒内诊：骨盆形态大致正常，先露头，S2，宫口容指，胎膜未破。彩超提示：单胎，晚妊，头位，AFI:6cm(2023-12-29)。孕妇要求经阴试产，阴道分泌物检查正常，今日NST反应可，可给予子宫颈扩张球囊引产，并告知风险。孕妇同意子宫颈扩张球囊引产术。取截石位，反复消毒会阴及阴道后阴道窥器扩开阴道，见宫颈光滑，宫颈钳钳夹宫颈11点处，放置子宫颈扩张球囊，内囊分别注入无菌生理盐水40ml-20ml-20ml；外囊分别注入无菌生理盐水20ml-20ml-20ml-20ml；孕妇无不适，将球囊末端固定于右侧大腿内侧，严密观察宫缩及胎心变化，明晨取出。

2023-12-30 19:40 查房记录(中转)：孕妇妊娠41+1周，于产房内待产，目前发热，有阵发性腹痛。18:00测体温37.7℃，无其它自觉症状，孕妇要求待产，考虑可能与分娩镇痛有关，给予补液500ml。19:29复测体温38.8℃，查体，胎心170bpm，规律宫缩，宫体张力不高。阴道检查：骨盆形态大致正常，先露头，S-1，宫口容3指松，宫颈边厚，胎膜已破，未见羊水性状，告知待产及试产过程中可能出现胎儿窘迫、胎死宫内、败血症等可能。估计短时间不能经阴分娩，建议尽快剖宫产。孕妇及家属同意剖宫产，告知手术风险及可能并发症，嘱完善术前准备。

2023-12-30 19:48 术前小结及术前讨论结论记录：……术前诊断：产前发热、41+1周妊娠 G1P0LOA。手术指征：根据早孕期彩超已核对预产期，目前已破水，伴有规律腹痛，发热，估计短时间不能经阴分娩，

继续待产风险较高，可能出现胎儿窘迫、胎死宫内等情况，建议尽快剖宫产终止妊娠。讨论后一致认为该患者可耐受子宫下段剖宫产术，无明显手术禁忌。拟施手术方式：子宫下段剖宫产术。拟施麻醉方式：硬膜外麻醉。……手术者■■■副主任医师已查看患者。诊断明确，有手术指征，无明显手术禁忌，准备手术。

2023-12-30 20:30 主任医师查房记录：孕妇术前准备过程中20:00复测体温39.8℃，心率120次/分，伴寒战，无咳嗽、咳痰。请示■■■副主任医师，孕妇破水时间6+小时，破水时羊水清，暂不支持宫内感染，现为流感高发季节，患者自诉数天前有上感症状，不排除甲流、新冠等上呼吸道感染疾病。为预防高热惊厥、心力衰竭的发生，立即给予冰袋降温，酒精擦浴，口服对乙酰氨基酚0.5g，并急查血常规、C反应蛋白、降钙素原、血培养。物理降温后体温降至38.2℃，胎心基线170次/分，变异可。立即将病人运送至手术室，术前给予头孢曲松预防感染。

2023-12-30 21:40 手术记录：手术时间：2023-12-30 21:00-21:35。术前诊断：产前发热、41+1周妊娠G1P0LOA。术中诊断：产前发热、41+1周妊娠分娩G1P1OP、单胎活产。手术名称：子宫下段剖宫产术。手术经过、术中发现的情况及处理：麻醉成功后，取仰卧位，多普勒听诊胎心180次/分，常规消毒术野皮肤，铺无菌巾单。取下腹部横切口，长约12cm，逐层切开腹壁入腹腔，暴露子宫下段，在子宫膀胱反折腹膜下约2cm处作一2cm的横切口达宫腔，向两侧钝性延长至10cm，刺破羊膜囊吸净羊水，羊水I°污染，量约300ml，以枕后位娩出壹足月男活婴，发育良好哭声稍差，外观无畸形，Apgar评分示8-9-9分，断脐后交台下助手处理，体重：3850g，脐带长50cm，无捻转，无脐带绕颈、绕体、自娩胎盘完整，胎盘面积长20cm、宽18cm、厚3cm、附着部位前壁，无早剥，干纱布清宫腔2遍，碘伏纱布擦拭宫腔，I号可吸收线双

层连续缝合子宫肌层及浆膜，查双附件正常，清理腹腔，清点纱布器械无误，逐层关腹。腹部刀口可吸收线皮内缝合，无需拆线。手术顺利，麻醉满意，预防性给予缩宫素10u宫体注射，宫缩好，卡孕栓1mg肛塞预防产后出血，术中出血400ml，尿管畅，尿色清，尿量200ml，呼吸平稳，血压130/70mmHg，安返病房。备注：术中将羊水行一般细菌培养+鉴定，胎盘送常规病理，新生儿因其母发热请儿科会诊转儿科。

婴儿出生记录：婴儿性别：男，出生时间：2023-12-30 21:03，婴儿情况：……于21:11与新生儿科医师将新生儿转儿科。Apgar评分示8分(扣分：呼吸、皮肤颜色)-9分(呼吸扣分)-9分(呼吸扣分)……

2023-12-31 23:38 发热记录：产妇剖宫产术后第一天，今日18:55测体温38.0℃，无咳嗽、咳痰、咽痛等不适，神志清晰，精神可。告知目前不排除感染、吸收热、风寒感冒可能。流感病毒、新冠病毒核酸检测示阴性。昨日夜间查感染指标示：白细胞 $14.74 \times 10^9/L$ ，中性细胞比率87.9%，C反应蛋白5.70mg/L，降钙素原0.095ng/ml。血培养结果未回。目前产妇应用头孢曲松钠+甲硝唑抗感染治疗。嘱多饮水，给予一般物理降温、补液等对症治疗，后体温逐渐下降，目前体温37.3℃，密观病情变化。

2024-1-1 22:15 查房记录：产妇术后第二天，查体：T:36.9-37.5℃，神志清，精神可，颈软，无颈项强直，腹软，肝脾肋下未及，无压痛及反跳痛，宫底脐下二指，无压痛。刀口无红肿压痛。阴道少量血性恶露，无异味。腹部刀口可吸收线皮内缝合，敷料整洁，无红肿、硬结及压痛，对合好，无需拆线。今日血细胞分析(2024-01-01)结果：

白细胞 $15.04 \times 10^9/L$ ；血红蛋白111g/L；中性细胞比率83.3%；降钙素原0.196ng/ml；C反应蛋白112.31mg/L；考虑产妇感染指标较前升高，新生儿血培养提示革兰阴性杆菌，电话联系药学部[]医师同时请示马



军花主任，给予更改抗生素为美罗培南lg q8h静滴，明日请感染科及药学部会诊，完善特殊级抗菌药物使用流程，重点交班。

2024-1-5 14:02胎盘病理回报：胎盘：妊娠后期胎盘绒毛组织，绒毛间可见少量纤维素包绕，局灶胎盘梗死(S2*1.5cm)。胎膜：胎膜间质水肿，可见中性粒细胞浸润。脐带：可见血管三根，部分区域间质水肿。血培养(双侧双瓶2个需氧2个厌氧)(2024-01-05)结果：经5天普通培养无细菌生长。患者目前尿痛症状减轻，拒绝膀胱理疗，嘱多饮水，续观病情变化。

2024-1-12 10:00查房记录：产妇术后第13天，无发热，无腹胀，无尿频、尿急、尿痛。查体：T:36.8°C，神志清，心肺听诊(一)，双乳丰，无硬结，宫底于脐耻之间，宫体无压痛，阴道血性恶露，量少，无异味。腹部切口II/甲级愈合，无压痛，无红肿。嘱产妇一般情况可，准予今日出院，有异常及时来诊。出院诊断：1. 产前发热 2. 41+1周妊娠G1P1LOP。

(二) 2023年12月30日-12月31日■■■之子住院病历(住院号：■■■■■■■■■■)摘要：

2023-12-30 21:36入院记录：■■■之子，男，年龄：11分钟。主诉：生后呻吟11分钟，于2023年12月30日21:14入院。现病史：患儿系G1P1，胎龄41⁺周，因母亲合并“发热”于2023-12-30我院剖宫产娩出，羊水I度污染，阿氏评分1分钟8分(皮肤颜色-1、呼吸-1)，立即予以清理呼吸道等处理后好转，阿氏评分5分钟9分(呼吸-1)，10分钟9分(呼吸-1)，伴呻吟、吐沫，皮温高，无抽搐，为求进一步治疗，请我科会诊后以“新生儿感染、新生儿呻吟”收入我科。患儿自发病以来，精神反应欠佳，未哺乳，未排大小便。……出生史：胎儿期状况：第1胎第1产，妊周：41+1周。生后窒息：无。Apgar评分：1分钟8分，5分钟9分，10分钟9分。抢救措施：无。自主呼吸恢复时间：生后即有

自主呼吸。分娩方式：剖宫产。宫内窘迫：无。早期破膜时间：无。羊水情况：I度污染。产程：剖宫产。胎盘情况：正常。脐带情况：长度50cm, 绕颈无；其他：无脱垂、打结。体格检查：一般情况：体温37.6℃, 脉搏180次/分, 呼吸60次/分, 血压70/36mmHg, 体重：3.85kg, 身长：51cm, 头围：34cm, 胸围：33cm, 腹围：33cm。发育：正常。营养：一般。反应：欠佳。面色：红润。呼吸节律：呻吟。温度：暖。哭声：弱。皮肤粘膜：色泽：红润。弹性：好。皮疹：无。毳毛：少。硬肿部位：无。皮下脂肪：中等。浅表淋巴结：无肿大。……神经反射：吸吮反射、拥抱反射、握持反射、觅食反射：减弱。辅助检查：2023-12-30 本院血气分析：PH7.17;PO₂60mmHg;PCO₂45mmHg;K⁺2.8mmol/l;Na⁺136mmol/l;GLu5.5mmol/l;Lac9.2mmol/l;HC0₃-16.4mmol/l;BE-12.0mmol/l, HCT 49%, THbc 167g/l。初步诊断：新生儿呻吟新生儿感染新生儿酸中毒高乳酸血症低钾血症。

2023-12-3022:02首次病程记录：……诊疗计划：1. 与患儿家长尽快完成沟通，告知患儿合法权益，完成入院评估。2 新生儿特级护理。3.入暖箱，脉搏血氧饱和度监护。4. 加强呼吸道管理，箱内吸氧。5. 头孢噻肟0.096gq12h 抗感染等对症及营养支持治疗。6. 因“新生儿呻吟”转入监护室，实行母婴分离。7. 完善相关检查如：血常规，CRP,血生化，胸片，血气分析等。8. 请示上级医师，同意目前诊疗。

2023-12-3023:20无创通气+抢救记录：患儿病情危重，呻吟，呼吸困难，三凹征阳性，经皮氧饱和度90%左右，急查血气分析示：PH 7.23,PO₂52mmHg,PCO₂55mmHg,K⁺3.3mmol/l,Na⁺135mmol/l,GLu 5.5mmol/l,Ca²⁺1.31mmol/l,Lac 2.3mmol/l,HCO₃-23.0mmol/l,BE-

5.5mmol/l。结果示呼酸代酸失代偿，床旁胸片考虑肺部感染，不排除呼吸窘迫综合征(放射科口头报告),给予无创呼吸机辅助通气，经皮测氧

饱和度在95%左右，密观患儿病情变化，注意复查血气。患儿病情危重，与家属沟通病情，必要时有创呼吸机辅助通气治疗，家属表示知情理解，并至患儿床旁看过患儿。

2023-12-31 13:50 患儿无创机械通气下经皮测氧饱和度在95%左右，心率波动于140-160次/分，偶有呻吟，伴吐沫，体温较前升高，查体发现呼吸略促，嘱下调暖箱温度，继续当前无创呼吸机辅助通气，必要时有创机械通气，应用肺表面活性物质，密切关注患儿病情变化，及时处理。

2023-12-31 11:05 气管插管+抢救记录：患儿病情危重，无创呼吸机辅助通气下，全身皮肤颜色青紫、发灰，呼吸困难，三凹征阳性，经皮氧饱和度70%左右，急查血气分析示：PH6.96,PO₂14mmHg,PCO₂86mmHg,K⁺3.9mmol/L,Na⁺132mmol/L,GLU4.4mmol/L,Ca²⁺1.13mmol/L,Lac 8.4mmol/L,HCO₃⁻19.3mmol/L,BE-12.6mmol/L,结果示混合性酸中毒、呼吸衰竭，急查床旁胸片：新生儿呼吸窘迫综合征，急查床旁心脏彩超暂不支持肺动脉高压，有气管插管辅助通气指征，经家属同意，给予吸痰，面罩气囊加压通气改善呼吸后，给予气管插管。……连接呼吸机，机械通气，SIMV模式，参数初调为：PIP:20cmH₂O,PEEP:6cmH₂O,Ti:0.45,FiO₂:0.90,RR:45 次/分。经皮氧饱和度SpO₂在80%左右；病情与患儿家属沟通，建议予猪肺磷脂注射液改善通气；密观患儿气管导管位置，保持气道通畅。监测患儿生命体征，注意复查血气。复查超敏C反应蛋白+血细胞分析(五分类)(2023-12-31)结果：超敏C反应蛋白37.7mg/L；白细胞8.25*10⁹/L；血红蛋白193g/L；血小板197*10⁹/L；中性细胞比率12.3%；淋巴细胞比率74.3%，结合患儿病史，新生儿败血症可诊断，测血压54/37mmHg,考虑感染性休克，予生理盐水扩容、碳酸氢钠纠酸、多巴胺及多巴酚丁胺改善循环、免疫球蛋白支持、美罗培

南抗感染等对症支持治疗。

2023-12-31 11:23查房记录：患儿病情危重，有创机械通气下(模式SIMV, 参数为：PIP 20cmH₂O, PEEP 6cmH₂O, FiO₂0.90, RR45 次/分, Ti 0.45s, 经皮测氧饱和度在80%左右，心率波动于120-140次/分，复测血压88/50mmHg, 未哺乳，无呕吐，无发热，无烦躁、惊厥，未排大便，小便暗红色。查体：神志清，精神反应差，全身皮肤稍青紫、发灰，头颅无畸形，前囟平软，张力不高，口唇较红润，双肺进气音一致，心律齐，心音尚有力，心前区未闻及杂音，腹软，肝脾未及肿大，肠鸣音弱，双下肢无硬肿，四肢肌张力稍低，吸吮、拥抱等原始反射减弱。入院后辅助检查结果回报：超敏C反应蛋白+血细胞分析(2023-12-30)结果：超敏C反应蛋白<0.2mg/L;白细胞 $14.36 \times 10^9/L$;血红蛋白156g/L;血小板 $287 \times 10^9/L$;中性细胞比率15.2%;淋巴细胞比率81.0%;超敏C反应蛋白+血细胞分析(2023-12-31)结果：超敏C反应蛋白37.7mg/L;白细胞 $8.25 \times 10^9/L$;血红蛋白193g/L;血小板 $197 \times 10^9/L$;中性细胞比率12.3%;淋巴细胞比率74.3%,白细胞、血小板减少，CRP升高，细菌感染可能性大。血生化结果：谷丙转氨酶9U/L;谷草转氨酶33U/L;乳酸脱氢酶428U/L;肌酸激酶418U/L;肌酸激酶同工酶76.4U/L, 心肌酶高，考虑心肌损害；病原学九项+优生优育十项：大致正常。2023-12-3109:40:43放射科床边：结合病史：新生儿呼吸窘迫综合征。2023-12-3110:55:33放射科床边：气管插管状态，新生儿呼吸窘迫综合征较前(2023.12.30 21:57)进展。复查患儿血气分析(静脉血FiO₂:0.90):PH 6.96;PO₂ 21mmHg;PCO₂96mmHg;K⁺3.6mmol/l;Na⁺134mmol/l;Ca²⁺0.98mmol/L; GLu 1.8mmol/l; Lac 7.6mmol/l;HCO₃⁻21.6mmol/l;BE-10.3mmol/l;Hct 47%; Hb 160g/L, 结果示混合性酸中毒、呼吸衰竭、低血糖。根据患儿目前症状体征及辅助检查结果，目前诊断为：1. 新生儿呼吸窘迫综合征；

2.新生儿呼吸衰竭；3.新生儿早发败血症；4.新生儿酸中毒；5.高乳酸血症；6.低钾血症；7.低血糖症；8.心肌损害；9.感染性休克？。……治疗上，患儿病情危重，有创机械通气，SIMV模式下，血气分析示：混合性酸中毒、呼吸衰竭，予改高频呼吸机(HFO模式，参数：振幅40cmH₂O,频率12Hz,Paw 15cmH₂O,FiO₂100%),经皮测氧饱和度在85%左右，密切观察，注意复查血气；结合患儿病史及相关辅助检查，新生儿早发败血症诊断明确，予美罗培南抗感染、免疫球蛋白支持治疗；患儿病情危重，暂不予配方奶喂养，予静脉营养支持治疗，注意电解质情况；多次与患儿家属沟通病情，目前患儿病情危重，随时有生命危险，建议转上级医院进一步诊治。

2023-12-31 12:15危急值记录：2023年12月31日12时13分接检验科回报危急值：C-。现患儿病情危重，结合复查血常规，诊断新生儿败血症，已升级抗生素为美罗培南抗感染。密切观察病情变化，及时复查。

2023-12-31 13:02肺表面活性物质应用记录：患儿病情危重，目前有创呼吸机辅助通气持续，结合复查胸片，诊断新生儿呼吸窘迫综合征，与患儿家人沟通经其家人同意后给予猪肺磷脂注射液应用。使用10ml无菌注射器抽出猪肺磷脂注射液0.72g备用，注射器末端连接约于气管插管等长的无菌胃管。给患儿充分吸痰后，分别给予表面活性物质应用，每次注入后球囊加压通气1-2分钟，患儿在操作过程中无明显不适，操作完毕后连接呼吸机，给予禁吸痰4小时，患儿心电监护显示：HR135次/分左右，SPO₂80%，密观患儿病情变化，监测患儿生命体征。

2023-12-31 13:30病程记录：患儿高频通气下(HFO模式，参数：振幅40cmH₂O,频率11Hz,Paw 15cmH₂O,FiO₂100%),经皮测氧饱和度在70-80%左右，心率波动在120-130次/分，结合复查血气，加用肾上腺素

(0.1地/1kk协in)增强心输出蟹、扩张外周边管改善饼环、上调平均气道压至17cmH₂O, 经皮氧仍不稳定、给予球囊正压通气、经皮氧维持在75-85%, 心率波动在135-150次/分, BP57/3mmHg, 后复查血气分析(静脉血)示: PH 6.91, P_O₂ 8mmHg, PCO₂ 86mmHg, K^{3.5}mmol/l, Na¹³³mmol/l, GLu 3.6mmol/l, Ca^{1.04}mmol/l, Lac 11.2mmol/l, HCO₃⁻ 17.2mmol/l, BE-15.5mmol/l, HCT43%, THbc 146g/L。结果示严重酸中毒, 呼酸合并代酸, 继续球囊正压通气中, 告知家长病情, 目前120来院途中, 已联系上级医院准备转院。

2023-12-3117:00抢救记录: 患儿病情危重, 高频通气下(HFO模式, 参数: 振幅50cmH₂O, 频率11Hz, Paw 18cmH₂O, FiO₂100%), 经皮测氧饱和度在50%-60%, 心率波动在120-130次/分, 全身皮肤青紫、发灰, CRT>3S, 持续肾上腺素(0.2ug/kg.min)、多巴胺及多巴酚丁胺(10ug/kg/min) 改善循环, 再次予38ml生理盐水扩容2次; 经皮氧仍不稳定, 给予球囊正压通气, 经皮氧维持在75-85%, 心率波动在135-150次/分; 15:10 转运组到达, 予更换气管插管, 调整呼吸机参数: 振幅55cmH₂O, 频率7Hz, Paw 24cmH₂O, FiO₂100%, 遵医嘱予氯化钠注射液80ml半小时泵入扩容、灭菌注射用水30ml+碳酸氢钠注射液1.5g半小时泵入纠酸, 米力农注射液持续泵入强心, 患儿经皮测氧饱和度上升至70%左右; 后复查胸片示新生儿呼吸窘迫综合征较前好转, 复查心脏彩超示: 肺动脉瓣反流(轻度), 三尖瓣反流(中度), 肺动脉高压(中度), 较前加重, 予西地那非4mg胃管注入。后复查血气分析示: PH7.02, P_O₂23mmHg, PCO₂79mmHg, K^{3.0}mmo1/l, Na¹³⁹mmol/l, GLu 1.8mmo1/l, Ca^{0.98}mmo1/l, Lac>15mmol/l, HCO₃⁻20.4mmol/l, BE÷11.9mmol/l, HCT 40%, THbc 136g/L, 结果示混合性酸中毒、低氧血症、低血糖症, 予10%葡萄糖注射液7.8ml静脉注射并调整营养液糖速至

6m这/kg/tin, 再次予生理盐水38ml及白蛋白4g扩容, 碳酸氢钠注射液1.1g纠酸: 密切观察患儿病情变化。

2023-12-31 21:20抢救记录: 患儿病情危重, 高频通气下(HFO模式, 参数: 振幅60cmH₂O、频率11Hz,Paw 25cmH₂O,Pi0,100%), 经皮测氧饱和度在50%-60%, 心率波动在130次/分左右, 全身皮肤青紫、发灰, CRT>3S, 血压偏低, 收缩压35mmHg左右, [REDACTED]转运组医生建议再次给予肺表面活性物质(猪肺)应用, 生理盐水38ml扩容, 白蛋白4g支持等处理, 经治疗后, 17:00复查血气分析示: PH7.14, PO₂25mmHg, PCO₂61mmHg,K⁺3.4mmol/l, Na⁺137mmol/l, GLu 14.5mmol/l, Ca²⁺0.86mmol/l,Lac>15mmol/l, HCO₃⁻20.8mmol/l,BE-8.7mmol/l, HCT 35%,THbc119g/L, 结果示呼吸性酸中毒、应激性高血糖、高乳酸血症, 较前稍改善, 脉氧可升至80%左右, 心率130-140次/分, 期间多次监测血压收缩压60mmHg左右, 18:08复查血气分析示: PH6.97,PO₂14mmHg,PCO₂61mmHg,K⁺2.3mmol/l,Na⁺138mmol/l,GLu 8.7mmol/l, Ca²⁺0.83mmol/l,Lac>15mmol/l,HCO₃⁻14.0mmol/l,BE-17.7mmol/l, HCT 33%, THbc112g/L, 结果示混合性酸中毒、应激性高血糖、高乳酸血症, 低钾血症, 予增加氯化钾3ml加入剩余静脉营养液中, 继续碳酸氢钠纠酸, 患儿于18:30开始出现心率下降, 约50次/分, 脉氧测不出, 立即予吸氧、气囊复苏、心脏按压、1:10000肾上腺素1ml静推(间隔5分钟, 应用四次)后, 心率逐渐升至140次/分左右, 脉氧60%左右, 18:55复查血气分析示: PH 7.08,PO₂31mmHg,PCO₂70mmHg,K⁺2.1mmol/l, Na⁺142mmol/l,GLu 12.2mmol/l,Ca²⁺0.85mmol/l,Lac>15mmol/l,HCO₃⁻20.8mmol/l,BE-9.9mmol/l,HCT 34%, THbc 116g/L, 结果示混合性酸中毒、血糖较前下降、高乳酸血症, 低钾血症, 再次复查胸片较前稍好转([REDACTED]转运组医生自阅片), 继续给予碳酸氢钠纠酸, 19:42

定查地有分析示：恸凶.岁对、PU、02HH、PCU,ZIHlty、放2、6mlnu/T
力”4引Hlo]/1、QL7、trmimoj/1、C”0、884HtSI/1、L次c>ISdtu I/1、C0、-
19、tnno]/1、桃-13.Smmoi/1、中C个34%、响bc 116g/L、蜡菜示港合性
横中毒、血糖较 下降、新乳搬血症、怅滞血症、逃续给于哄峻纸的纠
兹、20:05憋儿再次出现心率下降、50次/分左右、纸不出、立即于
地氧、气旗复苏、心脏按压、1:10000瞥上能素1世I静推(间嗨5分伸、
应用四决)后、心率逐渐升至140次/分左右、 纸80%左右、并给与多
巴豁丁胺升血压、20:30患儿再次出现心率下降、40-50次/分、脉氧测
不出、立即予吸氧、气囊复苏、心脏按压、1:10000肾上腺赤 ImI静推
(间隔5分钟，应用5次)后，期间多次听诊未闻及心音、瞳孔散大固定，
心电图呈直线，21:01宣布临床死亡，请家长看过患儿，家长表示知情
理解、对治疗抢救无异议，死亡诊断：1.新生儿呼吸窘迫综合征；2.新
生儿呼吸衰竭；3.新生儿早发败血症；4.新生儿酸中毒；5.高乳酸血症；
6.低钾血症；7.低血糖症；8.心肌损害；9.感染性休克；10.肺动脉高压
(中度)。并将患儿尸体交予家长自行处理。

2024-1-1 10:03死亡病例讨论结论记录：2024-01-0109:00,在
科主任[REDACTED]主持下，全科人员进行了死亡病例讨论，讨论的结论为：
该患者死亡诊断：1.新生儿呼吸窘迫综合征；2.新生儿呼吸衰竭；3.新
生儿早发败血症；4.新生儿酸中毒；5.高乳酸血症；6.低钾血症；7.低
血糖症；8.心肌损害；9.感染性休克；10.肺动脉高压(中度)；死亡原因：
1,新生儿呼吸窘迫综合征。

(病历资料摘要仅供了解患者诊疗过程使用，详细情况以原始病历资
料为准)。

四、鉴定过程

1. 鉴定标准和检验方法：遵循医学科学原理，参照临床诊疗规范

和相关专业学科诊疗常规等进行法医学鉴定：根据《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097-2021）、《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T 0095-2021）、结合委托要求进行鉴定。

2. 医患双方陈述意见摘要：

患方：本案产妇产检一切正常，入院时母子健康状况良好，入院后医院胎儿宫内窘迫处理延迟，胎心监护异常未及时终止妊娠，延迟剖宫产超94分钟；感染控制严重缺陷，产妇高热未规范抗感染，新生儿败血症未及时升级抗生素；呼吸支持时机不当，无创呼吸机延迟2小时启动，机械通气延迟12.5小时；肺表面活性物质（PS）应用延误，RDS患儿PS使用延迟至生后48小时，违反指南标准；休克复苏不达标：累计扩容仅20ml/kg，未达40-60ml/kg标准；颅脑评估缺失：未行颅脑影像学检查及神经电信号监测，漏诊颅内病变；胎粪吸入综合征漏诊：未结合羊水污染及胸片特征排查MAS；血管活性药物使用错误：单一使用肾上腺素，未联用去甲肾上腺素改善血管张力；液体复苏与输血延误：感染性休克未及时足量扩容，输血延迟加重失血性休克，这些过错与新生儿死亡存在直接因果关系，本案新生儿死亡后果的发生，从本质上讲医疗过错是导致死亡后果主要原因，若没有医疗过错，损害后果根本不会发生，结合本案具体情况，患方主张过错参与度为90%。

医方：我认为在■■■■住院过程中，产科诊疗行为均按照产科诊疗指南进行，符合诊疗规范常规。患儿母亲产前高热，患儿入院后血培养提示大肠埃希菌感染，新生儿早发败血症诊断明确，考虑宫内感染。患儿死亡原因是新生儿早发性败血症（大肠埃希菌感染）引起的新生儿急性呼吸窘迫综合征，感染性休克。患儿诊治过程中，诊断明确，出现病情变化处理及时，治疗符合规范。

五、分析说明

然市阅类托方 供的定材料、2025体2月28甘在我所召并到法
鉴定排述会、蛰定人知医患双方共何核刘了已送达的鉴定资料皮萎托非
违、听 医热双方陈述、询问病橘、病粮以及诊疗过程中的相关问题、
徐据卫生行政法规、临床医学理论、临床诊疗烧范、指南等并结合临床
专苏邁见、就萎托事项分析如下:

(一)关于诊疗过程及损害后果

1. ■■■及■■■之子的诊疗过程:

孕妇■■■因“停经9个月, 不规则腹痛4小时”于2023年12月28
日19:50入院■■■■■■■■■■(以下简称医方)产科, 入院诊断为
孕40⁴周G1P0 LOA,12月29日17:00行COOK球囊放置术, 12月30日
08:35取出球囊, 09:01开始行静滴0.5%催产素引产, 13:40给予人工破
膜, 18:00开始出现体温逐渐升高, 21:00行子宫下段剖宫产术, 术前胎
心率180次/分, 术中见羊水I度粪染, 量约300ml,21:03 以枕后位娩一
活男婴, 重3850g,Apgar 评分1-5-10分钟为8-9-9分, 无脐带绕颈、
绕体, 2024年1月12日10:12出院, 出院诊断: 1. 产前发热; 2. 41 周
妊娠G1P1LOP。

■■■之子系2023年12月30日21:03以枕后位剖宫产娩出, Apgar
评分8-9-9分, 21:14患儿因“生后呻吟11分钟”入院医方, 查体: T
37.6℃, 体重3.85kg, 神志清, 精神欠佳, 哭声弱, 口唇红润, 呼吸促,
双肺呼吸音粗糙, 可见三凹征, 心率180次/分, 血气分析提示呼吸性酸
中毒, 诊断为“新生儿呻吟、新生儿感染、新生儿酸中毒、高乳酸血症、
低钾血症”, 予以新生儿特级护理、入暖箱、加强呼吸道管理、箱内吸
氧、抗感染等对症治疗, 随着患儿病情进行性加重, 于23:19给予无创
呼吸机辅助通气, 12月31日9:30予以气管插管, 10:36应用肺表面活
性物质, 10:38升级抗生素, 12:13报危急值: G-, 诊断新生儿败血症,

15:10齐鲁儿最医院转运组到达、予更换气管插管、调整呼吸机参数，16:48再次给予肺表面活性物炭、19:40输血、患儿病情持续危重，18:30、20:05、20:30心率下降、脉氧测不出、予吸氧、气管复苏、心脏按压、1:10000肾上腺素1ml静推、经积极抢救无效，21:01宣布临床死亡、死亡诊断：1.新生儿呼吸窘迫综合征；2.新生儿呼吸衰竭；3.新生儿早发败血症；4.新生儿酸中毒；5.高乳酸血症；6.低钾血症；7.低血糖症；8.心肌损害；9.感染性休克；10.肺动脉高压(中度)。

2. 之子的损害后果：

综合送鉴资料分析，之子损害后果认定为死亡。由于之子死亡后未进行尸体解剖和病理组织学检验诊断明确死亡原因、查明病变及病变性质，鉴定组依据现有送鉴资料分析(推断)其死亡原因可能为：①新生儿呼吸窘迫综合征可能性较大；②感染性休克；③其他。

(二) 在 及 之子诊疗过程中的医疗过错

1.产科未尽到谨慎注意义务，对患者病情评估不足，处理欠妥。

12月30日18:00患者 出现发热并逐渐升高，医方予以一般物理降温，效果不明显，19:42临时医嘱查“血细胞分析、C-反应蛋白测定、降钙素原检测”，但标本接收时间是20:52,报告出具时间是21:15、21:56、21:59,此时患者已经在手术台上。由于医方对患者病情变化认识不到位、评估不足，未及早检查感染指标，在本已较迟下达的检查医嘱后又迟迟未送标本，导致检查结果滞后。产前发热存在高热抽搐、胎儿窘迫、胎死宫内等风险，在20:00复测体温39.8℃时应经验性使用抗菌药物，不能等到手术前才开始预防性使用抗菌药物。医方对患者发热处理存在治疗缺陷。

据《助产》介绍：持续性枕后位是头位难产最多见的一种异常胎方位，从产程开始严密评估胎方位非常重要。阴道检查是产程中识别异常

胎方位最主要的检查手段,检查内容包括:宫口扩张情况、有无水肿;是否破膜;胎头下降程度;胎方位的确定。医方在12月30日13:40、14:40、17:40三次阴道检查均未行胎方位的确定。由于对胎方位检查缺失,未能及早发现异常胎方位(最后是剖宫产术中明确为枕后位),导致对手术时机判断不准确。

医方12月30日13:40行人工破膜,14:40阴道检查提示:宫口容三指,S-2;17:40 阴道检查提示:宫口容三指,S-2。间隔3小时的两次阴道检查,宫口扩张程度和胎头下降程度均一致,即产程无进展,医方未引起重视和警惕。医方19:48术前小结及术前讨论结论记录中记载“手术指征:根据早孕期彩超已核对预产期,目前已破水,伴有规律腹痛,发热,估计短时间不能经阴分娩,继续待产风险较高,可能出现胎儿窘迫、胎死宫内等情况,建议尽快剖宫产终止妊娠”,于19:50下达剖宫产手术医嘱并同步执行,20:36完成签署手术同意书,20:40麻醉术前访视,20:40进入手术室,21:00开始手术。从17:40到21:00的3小时20分钟,由于医方对患者产时胎儿宫内情况评估不足,术前准备不及时,未及早采取剖宫产终止妊娠,增加了胎儿在宫内的感染暴露时间,影响胎儿预后。

2新生儿科未尽到高度注意义务和谨慎预见义务,抗感染欠规范,呼吸支持方式、时机及力度不足。

之子2023年12月30日21:03以枕后位剖宫产娩出,21:14入住新生儿科后出现发热、呻吟、呼吸急促、三凹征,血气分析结果提示呼吸性酸中毒等,结合母亲产前高热病史,应高度怀疑新生儿早发败血症,及时经验性选择强有力且能透过血脑屏障的抗生素(如用氨苄西林或青霉素+第三代头孢菌素作为一线抗菌药物组合,详见《新生儿败血症诊断及治疗专家共识(2019年版)》),但医方初始仅单用头孢噻肟钠,

直至12月31日10:38才升级加用美罗培南。医方给予有效抗感染治疗时机存在延误,患儿病情迅速加重出现感染性休克、急性呼吸窘迫综合征等危急重症表现。

患儿于2023年12月30日21:03出生后Apgar评分8-9-9分(呼吸扣分),随后出现呻吟、呼吸急促、三凹征,血气分析结果提示呼吸性酸中毒等严重病情,医方仅予箱内吸氧,未早期使用有创或无创呼吸支持,且箱内吸氧时间较长,随后才选用了不适于该患儿当时病情的CPAP(持续气道正压通气)。当无创通气失败、低氧血症未得到改善时,需尽快调整通气模式,例如改为有创机械通气等,而患儿在12月30日21:36采样的血气分析中已出现严重呼吸性酸中毒($\text{pH}7.17$)和低氧血症($\text{PO}_2 60\text{mmHg}$),但机械通气却延迟至12月31日9:30(出生后12+小时)才启动,并予SIMV模式,由于机械通气延迟导致肺泡萎陷加重,9:35胸片报告显示新生儿呼吸窘迫综合征(RDS,但本案应是ARDS)进展,随病情变化,改SIMV模式为高频呼吸机HFO模式(振幅 $40\text{cmH}_2\text{O}$),但仍无法维持氧饱和度,患儿病情进行性加重(严重酸中毒,呼酸合并代酸等),后调整HFO模式(振幅 $50\text{cmH}_2\text{O}$),经皮测氧饱和度在50%-60%,心率波动在120-130次/分,全身皮肤青紫、发灰, $\text{CRT}>3\text{S}$,医方未再次调整HFO振幅。待上级医院转运组到达后予以更换气管插管、调整呼吸机参数HFO模式(振幅 $55-60\text{cmH}_2\text{O}$),后复查胸片示新生儿呼吸窘迫综合征较前稍有好转,但终因患儿病情危重,死亡未能得以避免。

(三)医疗过错、因果关系及原因力分析

异常胎方位(枕后位)、产前发热系被鉴定人[]母子自身因素,这些不利因素增加了胎儿宫内窘迫、感染、胎死宫内等风险,并与损害后果之间存在因果关系。患儿死亡后未进行尸体解剖和病理组织学检查诊断明确死亡原因、查明病变,该不利因素在一定程度上影响到医疗过

滕州市中心人民医院对被鉴定人[]及[]之子的诊疗过程中存在以下过错：产科未尽到谨慎注意义务，对患者病情评估不足，处理欠妥；新生儿科未尽到高度注意义务和谨慎预见义务，抗感染欠规范，呼吸支持方式、时机及力度不足。

六、鉴定意见

■■■■■■■■■■对被鉴定人■■■及■■■之子的诊疗行为存在医疗过错，医疗过错与■■■之子的损害后果(死亡)之间存在因果关系，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议为次要原因(建议参与度程度偏高)。

2/10/23

鉴定人：■■■主治医师

执业证号:

二〇二五年四月十五日





鉴定人承诺书

米人换变人龙法院委、爷为珠袭与人 加铢嵌老姥、微 曲装法悖虐珊柑人民
妆价和炭鸮定究成未次曲法警定潜动、永 始下：

、遵楠料学、公茫和诚实 购、学婉、 立地进行藎忠、傑进紫定球贴不黄当橄
又、代理人成其他第三方的干状。

二、廉洁自律、不接受当尊人、诉讼代理人及其讲托人提供的时物、龚调或其他村
益、

三、自觉遵守有关回避的规定，及时向人民法院报告可能影响鉴定慈见的苔神情形。

四、保守在鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私，不利用鉴定活动中
知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私获取利益，不向无关人员泄露案情及鉴定信虑。

五、勤勉尽责，遵照相关鉴定管理规定及技术规范，认真分析判断专业问题，独立
进行检验、测算、分析、评定并形成鉴定意见，保证不出具虚假或误导性鉴定意见；妥
善保管、保存、移交相关鉴定材料，不因自身原因造成鉴定材料污损、遗失。

六、按照规定期限和人民法院要求完成鉴定事项，如遇特殊情形不能如期完成的，
应当提前向人民法院申请延期。

七、保证依法履行鉴定人出庭作证义务，做好鉴定意见的解释及质证工作。

本人已知悉违反上述承诺将承担的法律責任及行业主管部门、人民法院给予的相应
处理后果。

承诺人：(签名)

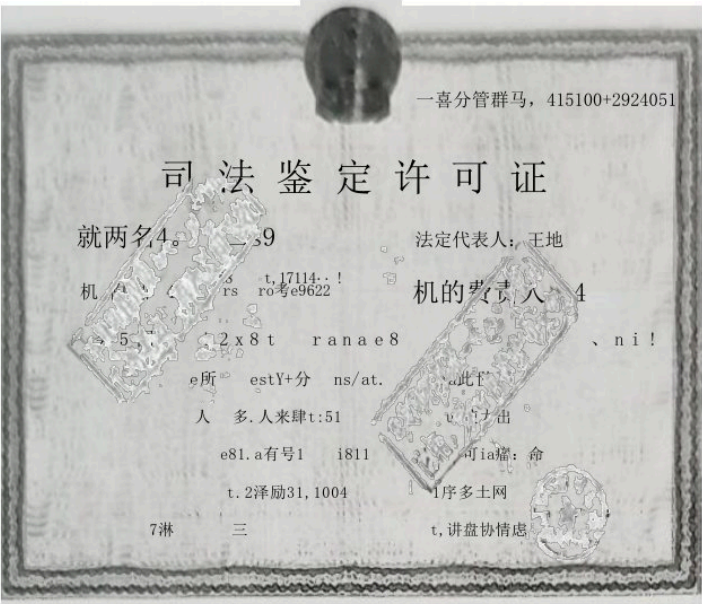
鉴定机构：(盖章)



依 据

028年 2月 1

1



中华人民共和国司法部监制

 见 性别太 执业机的四东至引正里——... n1141 ... 执丝证号su 有做帮u4 首次获准登 日鼎 n4 婚证机关sr升 雌证日期	执业范围 执业范围	
	1. 法医馅床签尼: 2301人仔畏悟战正买; 202人卧几于丝玉发; C203期芒扣天怎; 欧DM人卧分肌叶(象J; 0Q7E/指罗警, 画丝导, 期71	25路斑进签定: 定10100:01P体前外, 定, 01QPP在验、死亡乐
 执丘机构a名引法参反.....	执业范围 活的师环田定: 022人体氏警执整究, 000台招制美整究1 0207E日写E究。	执业范围



执业证号: 91611M6L	性期万			
有献期 9互	净 山19%047L) —			
首次良准壁记日朝L年	专丘技术职仆工治医片			
顺证扎头Pa列法	什丘伙业资…	执业证场: 用		

7

3



码上鉴定

 **扫描全能王**

3亿人都在用的扫描App



电子发票(普通发票)



发票号码: [redacted]

开票日期: 2025年04月15日

购买方信息	名称: [redacted] (个人)		竹德方信息		名称: 四川求实司法鉴定所																																																																												
	统一社会信用代码/纳税人识别号:				统一社会信用代码/纳税人识别号: [redacted]																																																																												
<table><thead><tr><th>西目名称</th><th>规格型号</th><th>单 位</th><th>数 量</th><th>单 价</th><th>金 额</th><th>税率/征收卓</th><th>税 折</th></tr></thead><tbody><tr><td>其他咨询服务*医疗过错</td><td>无</td><td>次</td><td>18737.86</td><td>40776699</td><td>8737.86</td><td>3%</td><td>262.14</td></tr><tr><td>评定</td><td>无</td><td>次</td><td>13883.4951</td><td>456310705</td><td>3883.50</td><td>3%</td><td>116.50</td></tr><tr><td>鉴证咨询服务*医疗过错</td><td></td><td>次</td><td>12912.62</td><td>13592233</td><td>2912.62</td><td>3%</td><td>87.38</td></tr><tr><td>与损害的因果关系评定</td><td></td><td>次</td><td>11359.22</td><td>330097087</td><td>1359.22</td><td>3%</td><td>40.76</td></tr><tr><td>*鉴证咨询服务*医疗损害无</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>后果评定</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>¥16893.20</td><td></td><td>¥506.80</td></tr><tr><td>*鉴证咨询服务*文证审查 无</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">合 计</td><td colspan="7"></td></tr></tbody></table>									西目名称	规格型号	单 位	数 量	单 价	金 额	税率/征收卓	税 折	其他咨询服务*医疗过错	无	次	18737.86	40776699	8737.86	3%	262.14	评定	无	次	13883.4951	456310705	3883.50	3%	116.50	鉴证咨询服务*医疗过错		次	12912.62	13592233	2912.62	3%	87.38	与损害的因果关系评定		次	11359.22	330097087	1359.22	3%	40.76	*鉴证咨询服务*医疗损害无								后果评定					¥16893.20		¥506.80	*鉴证咨询服务*文证审查 无								合 计								
西目名称	规格型号	单 位	数 量	单 价	金 额	税率/征收卓	税 折																																																																										
其他咨询服务*医疗过错	无	次	18737.86	40776699	8737.86	3%	262.14																																																																										
评定	无	次	13883.4951	456310705	3883.50	3%	116.50																																																																										
鉴证咨询服务*医疗过错		次	12912.62	13592233	2912.62	3%	87.38																																																																										
与损害的因果关系评定		次	11359.22	330097087	1359.22	3%	40.76																																																																										
*鉴证咨询服务*医疗损害无																																																																																	
后果评定					¥16893.20		¥506.80																																																																										
*鉴证咨询服务*文证审查 无																																																																																	
合 计																																																																																	
价税合计(大写)		壹万柒仟肆佰圆整			(小写)¥17400.00																																																																												
备注	被鉴定人: [redacted]之子2025-381转账																																																																																

开票人: [redacted]



3亿人都在用的扫描App