



JUDICIAL EXPERTISE FIRM

司法鉴定意见书

司法鉴定许可证号

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、公正作出鉴定意见，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。

地 [REDACTED] 2层 F26、F25（邮政编 [REDACTED]）
联系电话 [REDACTED]



司法鉴定意见书



一、基本情况

委托单位：临沂市兰山区人民法院

委托事项：对申请人[REDACTED]进行伤残等级鉴定以及对申请人的误工期、护理期、营养期等进行鉴定。对被申请人[REDACTED]对申请[REDACTED]的诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与其目前损害后果之间是否存在因果关系以及原因力大小以及过错参与度是多少进行司法鉴定

受理日期：2026 年 3 月 25 日

送检材料：[REDACTED]住院病案（病案号[REDACTED]）、门诊病历、报告书复印件各 1 份

[REDACTED]门诊病历、无痛电子胃镜操作记录单复印件 1 份

3. 影像学资料 1 份

4. 其他相关鉴定材料

鉴定日期：2026 年 5 月 27 日（补充材料）-2026 年 6 月 10 日

鉴定地点[REDACTED]

在场人员：患方[REDACTED] 强 何宇

医方[REDACTED]



被鉴定人 [REDACTED] 男，[REDACTED] 出生

二、基本案情

被鉴定人 [REDACTED] 男，[REDACTED] 生，2023 年 2 月 3 日

[REDACTED] 行 CT（平扫）示：食管下段壁增厚，管腔未见明显狭窄，纵膈见钙化淋巴结。于 2023 年 2 月 4 日以“食管壁厚”至

[REDACTED]（以下简称医方）门诊就诊，初步诊断：食管肿物。

于 2023 年 2 月 13 日因“进行性吞咽困难 1 月”再次至医方就诊，初步诊断：食管肿瘤。于 2023 年 2 月 18 日行胸腹腔镜联合食管癌切除+胃部分切除+食管胃颈部吻合+纵膈淋巴结清扫术。于 2023 年 3 月 9 日出院，出院诊断：食管肿物。因被鉴定人 [REDACTED]（以下简称患方）对医方的诊疗行为存在异议，现临沂市兰山区人民法院委托我所对上述委托事项进行鉴定。

三、资料摘要

1、2023-2 [REDACTED] 医学影像科影像诊断报告书：

检查项目：食道 CT（平扫）。影像表现：食管下段壁增厚，管腔未见明显狭窄，纵膈见钙化淋巴结。影像诊断：食管下段壁增厚，建议进一步检查。纵膈钙化淋巴结。

2、2023 年 2 月 [REDACTED] 门诊病历摘要：

主诉：食管壁厚。

现病史：患者无咳嗽、咳痰不适，无发热不适。

体格检查：胸廓对称，双肺呼吸音稍粗，未闻及啰音。



初步诊断：食管肿物。

3 [redacted] 住院病案（病案号 [redacted]）摘要：

入、出院时间：2023 年 2 月 13 日-2023 年 3 月 9 日

主诉：进行性吞咽困难 1 月。

现病史：患者于 1 月前无明显诱因开始出现咽下食物哽咽感，食物通过缓慢，并有停滞感，异物感，尤以进粗硬食物为著，吞咽水后症状缓解...遂到我院行胃镜检查示：食管溃疡性质，病理为肿瘤性病变不能除外，为进一步诊疗，收住我科。

既往史：平素健康状况良好，否认高血压病史。否认糖尿病病史，否认冠心病病史。否认慢性支气管炎病史。否认胆结石病史。否认胆囊炎病史。否认传染病史，预防接种史不详。有手术外伤史，否认输血史。否认药物过敏史，否认食物过敏史。4 年前因外伤致“右侧肋骨骨折”，于我院行手术治疗。

个人史：有吸烟史 20 年，现戒烟 4 年；否认饮酒史。

专科情况：胸廓对称，外形正常，无胸骨压痛。双侧呼吸运动对称，肋间隙正常；语颤正常，无胸膜摩擦感；叩诊呈清音；双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音，无胸膜摩擦音。

辅助检查：2023-2-8 胃镜：食管溃疡性质，贲门裂孔疝可能，慢性萎缩性胃炎。[redacted] 胃镜 [redacted]）。

初步诊断：食管肿瘤。

鉴别诊断：1. 食管平滑肌瘤。2. 食管息肉。3. 贲门失弛缓。4.



返流性食管炎。5. 心绞痛。6. 食管癌伴远处转移。

新区-无痛胃镜检查报告单：报告日期：2023-2-8. 内镜所见：食管：齿状线距门齿 32cm，其口侧约 26-32cm 见 2/3 周溃疡性病变，管腔狭窄，镜身可通过，取检 3 块，质脆易出血，另可见双环征及疝囊，贲门开闭欠佳，倒镜观察，贲门唇消失，可见疝囊滑入。活检部位：A：食管 26-32×3。检查诊断：食管溃疡性质，贲门裂孔疝可能，慢性萎缩性胃炎（C2）。

病理诊断报告单：收到日期：2023-2-8 报告日期：2023-2-9。
标本名称：食管活检。临床诊断：胃炎。巨检：食管 26-32：灰白小组织 4 块，直径 0.1-0.2cm。全镜下：坏死组织中查见核大深染细胞。病理诊断：（食管 26-32 活检）送检感染、坏死组织内查见核大深染鳞状细胞，肿瘤性病变不能除外，建议免疫组化协助诊断。

病理诊断报告单：收到日期：2023-2-8 报告日期：2023-2-11。
标本名称：食管活检。临床诊断：胃炎。免疫组化结果：CK（+），CK5/6（少数细胞+），P40（少数细胞+），LCA（-），SMA（-），CD31（血管+）。

PET-CT 影像诊断报告：检查日期：2023-2-13 报告日期：2023-2-15。检查所见：... 食管中下段可见管壁略增厚，管腔略狭窄，长约 7cm，FDG 代谢轻度增高... 食管上段可见扩张、积液；局部胃粘膜突入胸腔内；胃充盈可，胃壁未见明显局限性增厚及异常密度灶，FDG 代谢无增高。诊断意见：1. 食管中下段略增厚，管腔略狭窄，FDG



代谢轻度增高，食管上段扩张、积液，恶性病变待排，建议结合胃镜检查；病灶周围小淋巴结伴 FDG 代谢轻度增高，请结合临床。

2023-2-14 影像诊断报告书：检查项目：上腹部 CT（平扫+强化）食道 CT（强化）。影像表现：食管中下段壁增厚，管腔狭窄，中上段管腔扩张，增强检查呈渐进性明显强化，周围脂肪间隙尚清晰。纵隔见钙化淋巴结。影像诊断：1. 食管中下段管壁增厚，考虑食管肿瘤，建议食管镜检查。2. 纵隔钙化淋巴结。

2023-2-15 影像诊断报告书：检查项目：上消化道造影检查。影像表现：造影：食道：吞服对比剂后，食管下段管壁僵硬、管腔狭窄、粘膜欠连续，累及范围约 5cm，近端食管扩张。胃：空腹少量潴留液，充盈后呈钩型，粘膜粗，未见充盈缺损及龛影，蠕动正常，排空自如，幽门管居中。影像诊断：食管下段占位，癌可能，请结合内镜检查，胃炎。

2023-2-15 08:00 副主任医师查房记录

副主任医师查房后指示：患者食管肿瘤，结合相关化验检查，考虑食管癌可能性大，告知患者及家属目前病情后患者家属拒绝进一步行胃镜检查，目前完善检查未见手术禁忌，可限期行手术治疗。

2023-2-16 08:00 主任医师查房记录

科主任查房后指示：患者考虑食管癌，目前完善相关化验检查未见手术禁忌，患者心肺功能可，告知患者及家属目前病情，与患者做好沟通，限期安排手术。



2023-2-17 07:10 术前小结及术前讨论结论记录

术前诊断：食管肿瘤。手术指征：患者食管肿瘤，考虑食管癌，手术指征明确。拟施手术名称和方式：食管癌切除术。

手术知情同意书

拟行手术方案：医师已告知我患有食管恶性肿瘤，需要在气管插管全麻下进行食管癌切除术。

手术替代方案：放疗、化疗、中医中药或免疫治疗。

我同意在支气管插管全麻麻醉下进行胸内食管-胃颈部吻合术手术，并愿意承担手术风险。

其他在场亲属签名 与患者关系父女。签署时间：2023年2月17日8时1分。

术中冰冻切片检查知情同意书

医方告知：...限于医学技术的发展水平，目前冰冻切片的诊断准确率有限。手术中冰冻切片检查潜在风险包括但不限于以下情况：

1. 冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见，它具有局限性，其准确率一般在95%左右。

患者的监护人/委托代理人/近亲属签名 与患者的关系：父女。签字时间：2023.2.17 8:1

手术记录：于2023-2-18行胸腹腔镜联合食管癌切除+胃部分切除+食管胃颈部吻合+纵膈淋巴结清扫术。手术经过、术中发现的情况及处理：...探查见胸腔内无积液，肺萎缩尚可，右肺与前胸壁广泛



粘连，肿瘤位于食管下段，长约 $5\times 4\text{cm}$ ，质硬，活动度可，侵及对侧脏层胸膜。...分离胃后壁与周围组织，再用超声刀切断胃大弯侧胃网膜及胃短、胃后动脉，将胃全部游离...用腔镜直线切割缝合器自胃右动脉第二支处沿小弯侧至胃底做直径约 3cm 管状胃，用“7”号丝线间断全层缝合残端，在缝合器接口处用“3-0”可吸收缝线八字缝合，再用“3-0”poly线连续浆肌层缝合，完成管胃待重建。在左颈部沿胸锁乳突肌内侧切开皮肤约 8cm ，用电刀切开皮下、筋膜，找到“鞋带”，将食管提出，离断食管，近端食管植入吻合器底座，远端食管及切除部位胃送病理，将已完成的胃管经食管床自颈部提出，管状胃内植入吻合器与底座连接完成吻合。

术中冰冻病理报告单：报告日期：2023-2-18 18:37。冰冻诊断：（贲门）粘膜慢性炎伴感染坏死、溃疡形成，内查见散在异型细胞，疑低分化腺癌，建议待石蜡及免疫组化。贲门旁淋巴结（直径 2cm ）淋巴窦内查见片巢状异型细胞，疑低分化腺癌，建议待石蜡及免疫组化。

病理诊断报告单：收到日期：2023-2-18 报告日期：2023-3-4。
标本名称：食管肿瘤。临床诊断：食管肿瘤。巨检：食管连部分胃壁，食管长 14cm ，横 $1.8-4\text{cm}$ ，胃壁S： $11\times 9\text{cm}$ ，于食管与胃交界处距上切缘 9cm ，距下切缘 10cm 见一溃疡型肿物，S： $4\times 3\text{cm}$ ，肿物切面灰白质韧，其余食管及胃粘膜均未见明显异常，食管周围查见淋巴结2枚，直径 $0.2-0.3\text{cm}$ ，贲门周围查见淋巴结4枚，直径 $0.5-2\text{cm}$ （21



号和3号为同一枚），胃壁周围查见淋巴结7枚，直径0.2-1cm。镜下：感染、坏死。病理诊断：（食管连部分胃壁）慢性炎伴感染、坏死、溃疡形成，大量淋巴组织内见浆细胞增生，个别淋巴结内浆细胞增生，食管组织已全部取材未见明显肿瘤，请结合临床。免疫组化结果：14号CK（-），CK5/6（-），P40（-），LCA（+），CK20（-），IgG（浆细胞+），IgG4（约10%）。12号CK（-）。3号CK（-），CD38（浆细胞+），CD138（浆细胞+），CD56（-），Kappa（+），Lambda（+），Ki67-MIB1（30%）。22号CK（-）。28号CK（-）。

2023-3-5 08:00 副主任医师查房记录

副主任医师查房后指示：患者目前复查钡餐未见吻合口瘘，但患者胃排空差，嘱患者少量饮水后患者呛咳，现予以患者促消化道蠕动药物，密切观察患者病情变化。

新区-胃镜检查报告单：报告日期：2023-3-8。受检原因：进行性吞咽困难1月。内镜所见：食管：距门齿20cm可见吻合口，表面光滑。幽门：紧闭，无开放。检查诊断：食管术后，幽门功能失调。内镜下鼻肠管置入术。

2023-3-8 08:00 科主任查房记录

今日查房，患者自诉饮水后呛咳... 2023-3-7 X射线（新区）上消化道钡餐检查，检查诊断：食管术后改变，吻合口无明显狭窄，未见明显造影剂外漏；胃内造影剂未排入小肠，请结合临床及其他检查。科主任查房后指示：患者食管术后再次复查钡餐未见吻合口瘘，胃排



空仍较差，联系消化内科，拟胃镜下留置十二指肠营养管改肠内营养，目前观察患者病情变化。

出院诊断：食管肿物。

4、2023 年 3 月 [REDACTED] 院门诊病历摘要：

主诉：食管癌术后 30 天，胃排空障碍复查。

现病史：患者术后 30 天无咳嗽，发烧，无疼痛，无咯血，来院复查。

门诊诊断：术后复查，食管恶性肿瘤个人史。

5、2023 年 7 月 [REDACTED] 院门诊病历摘要：

主诉：胸部疼痛，吞咽哽咽 2 月。

现病史：2 月前出现胸部疼痛，吞咽不适，无咳嗽咯血。

门诊诊断：食管恶性肿瘤。

6、2025 年 5 月 [REDACTED] 院门诊病历摘要：

主诉：食管术后 2 年，间断呕吐。

现病史：食管术后 2 年，间断呕吐。

门诊诊断：反流性食管炎。

7、2026 年 5 月 [REDACTED] 院门诊病历摘要：

主诉：上腹痛疼 2 年。

现病史：患者两年前开始出现上腹疼痛，伴呕吐，吐黏涎，平素性格可。

既往史：既往 2023 [REDACTED] 食管切除术，胸腹部外伤



手术史。

体格检查：胸腹部外伤手术瘢痕。

辅助检查结果：2026-5-12：病理（内镜组织活检检查与诊断）：结果：（残食管活检）肉芽组织增生，请结合内镜。2026-5-11：消化内镜（无痛胃镜）：结果：反流性食管炎，食管胃术后观残食管胸腔胃袖状胃。

诊断：1. 反流性食管炎，2. 食管术后，3. 胃术后。

四、鉴定过程

1. 本所接受委托后，依据《司法鉴定程序通则》等法规的要求确定鉴定人。鉴定人在认真审阅委托单位提供的所有材料后，确认与委托事项相关，于2026年4月28日举行医患双方陈述会，按照委托要求进行检验鉴定。

2. 审查送检材料，依据《最高人民法院关于审理医疗损害责任纠纷案件适用法律若干问题的解释》、京司鉴协发[2009]5号《北京司法鉴定业协会关于办理医疗过失司法鉴定案件的若干意见》、（SF/T 0097—2021）《医疗损害司法鉴定指南》、（SF/T 0095—2021）《人身损害与疾病因果关系判定指南》、参照国家、部门相关法律、法规、临床诊疗护理操作规范、指南、临床教科书等进行鉴定；按照《法医临床检验规范》（SF/T 0111-2021）、应用相应法医临床设备（照相机、比例尺、卷尺等）对被鉴定人进行检验；依据两院三部《人体损伤致残程度分级》标准进行伤残等级评定；依据GA/T1193-2014《人



身损害误工期、护理期、营养期评定规范》及北京司法鉴定业协会《关于“三期”评定实操的专家共识（试行）》进行误工期、护理期、营养期评定；经鉴定人讨论制作本鉴定文书。

3. 当事各方争议的要点：

患方认为：1、在首次抗肿瘤治疗前未取得明确病理学诊断，即实施不可逆的根治性切除手术；2、对“必要时再取检”的病理提示未作规范处置，未尽进一步鉴别诊断义务；3、术前病情告知及知情同意存在重大瑕疵；4、最终石蜡病理未证实肿瘤后，医方未及时纠正诊断并重建后续管理路径。

医方认为：在整个诊疗过程中，我院诊疗措施得当，尽到了谨慎的注意义务。

4. 法医临床学查体所见

查体情况：自行步入查体室，一般情况可，神清语利，对答切题，查体合作。

颈部左侧可见一处长度为 9.5cm 瘢痕，腹部可见三处长度分别为 8.6cm、0.8cm、0.8cm 瘢痕，腹部压痛（±）。

五、分析说明

根据委托方提供的现有鉴定资料及陈述会了解的情况和专家意见，结合委托事项，综合分析如下：

（一）关于被鉴定人诊疗过程及损害后果

被鉴定人，男，生，2023 年 2 月 3 日



行 CT（平扫）示：食管下段壁增厚，管腔未见明显狭窄，纵膈见钙化淋巴结。于 2023 年 2 月 4 日以“食管壁厚”至 诊就诊，初步诊断：食管肿物。于 2023 年 2 月 13 日因“进行性吞咽困难 1 月”再次至医方就诊，初步诊断：食管肿瘤。于 2023 年 2 月 18 日行胸腹腔镜联合食管癌切除+胃部分切除+食管胃颈部吻合+纵膈淋巴结清扫术。于 2023 年 3 月 9 日出院，出院诊断：食管肿物。目前患方主张的损害后果主要为：胃部分切除等。

（二）关于医方对被鉴定 的诊疗行为的评价

1、被鉴定 男， 出生，2023-2-3 至

行 CT（平扫）示：食管下段壁增厚，管腔未见明显狭窄，纵膈见钙化淋巴结。于 2023 年 2 月 4 日以主诉“食管壁厚”至医方门诊就诊，医方结合 CT 检查，初步诊断：食管肿物。于 2023 年 2 月 13 日因“进行性吞咽困难 1 月”再次至医方就诊，医方行胃镜等检查，初步诊断：食管肿瘤。医方收入院治疗有一定依据。

2、关于术前：医方术前诊断：食管肿瘤，术前小结记录“手术指征：患者食管肿瘤，考虑食管癌，手术指征明确”，医方拟行食管癌切除术，但食道强化 CT 诊断：食管中下段管壁增厚，考虑食管肿瘤；胃镜检查诊断：食管溃疡性质，贲门裂孔疝可能，慢性萎缩性胃炎（C2）；病理诊断：胃炎；PET-CT 诊断：食管中下段略增厚，管腔略狭窄，FDG 代谢轻度增高，食管上段扩张、积液，恶性病变待排，建议结合胃镜检查，病灶周围小淋巴结伴 FDG 代谢轻度增高。依据《食



管癌诊疗指南》（2022年版）病理学诊断（金标准）需要食管内镜下活检确诊。医方经行一系列检查后，并未明确诊断食管癌，医方拟行食管癌切除术考虑欠充分，手术同意书告知患者食管癌恶性肿瘤不够严谨，医方存在谨慎注意义务不到位的缺陷。

3、依据送鉴材料记载，2023-2-15 08:00 病程记录：“患者食管肿瘤，结合相关化验检查，考虑食管癌可能性大，告知患者及家属目前病情后患者家属拒绝进一步行胃镜检查”。在病理诊断不明确的情况下，对于进一步胃镜检查的必要性和重要性，医方是否充分告知，未见具体告知记录。不排除医方告知义务不到位，存在不足。

4、依据送鉴材料记载，医方术中冰冻组织记录为贲门粘膜及贲门旁淋巴结，送检组织是否包括食管溃疡病灶处组织，未见记录；在送检组织病变性质不明确的情况下，医方行胸腹腔镜联合食管癌切除+胃部分切除+食管胃颈部吻合+纵膈淋巴结清扫术，结合术后病理诊断（食管组织已全部取材未见明显肿瘤），应认为医方考虑欠充分，致手术范围扩大，医方注意义务不到位，存在缺陷。

5、被鉴定人于2023年3月15日、2023年7月17日再次至医方门诊就诊，医方在病理诊断“未见明显肿瘤”的情况下，门诊仍先后诊断“食管恶性肿瘤个人史，食管恶性肿瘤”。医方临床诊断不严谨，存在不足。

6、患方相关因素：①被鉴定人年龄较大，存在“进行性吞咽困难、咽下食物哽咽感，食物通过缓慢，并有停滞感、异物感，



尤以进粗硬食物为著，吞咽水后症状缓解”等类似食道癌的临床表现；②行强化CT、胃镜、PET-CT等检查，食管活检“见核大深染细胞”，术中快速病理记载：“贲门粘膜见散在异型细胞，疑低分化腺癌；淋巴管内查见片巢状异型细胞，疑低分化腺癌”，说明患者病情具有一定的复杂性；③患方拒绝进一步行胃镜检查，为病变性质的诊断带来一定困难；④医方行手术治疗，术前有风险告知，患方知情同意签字。

综合分析医方的诊疗过程及上述情况，应认为医方的诊疗行为存在过错，其过错与患方的损害后果之间存在一定的因果关系。

（三）关于因果关系及原因力大小（过错参与度）评定

被鉴定人 男， 出生。2023-2-3 至

行CT（平扫）示：食管下段壁增厚，管腔未见明显狭窄，纵膈见钙化淋巴结。于2023年2月4日以主诉“食管壁厚”至医方门诊就诊，医方结合CT检查，初步诊断：食管肿物。于2023年2月13日因“进行性吞咽困难1月”再次至医方就诊，医方行胃镜等检查，初步诊断：食管肿瘤，医方收入院治疗有一定依据，术前食管活检“见核大深染细胞”，但医方术前未明确诊断食管癌，拟行食管癌切除术考虑欠充分，手术同意书告知患者食管癌恶性肿瘤不够严谨。医方术术前有相关风险告知，患方知情签字，术中快速病理记载：“贲门粘膜见散在异型细胞，疑低分化腺癌；淋巴管内查见片巢状异型细胞，疑低分化腺癌”，但术后病理诊断“未见明显肿瘤”。综合分析医方的诊疗过程及上述情况，应认为医方的诊疗行为存在过错，其过



错与被鉴定[]的损害后果之间存在一定的因果关系。根据现有的病历资料，医方的诊疗过程，患者的相关因素，结合医方过错情况等，综合分析，建议医方过错与患者目前损害后果的原因力大小（过错参与度）为同等原因。

（四）伤残等级评定

①被鉴定[]食管肿物，临床行胸腹腔镜联合食管癌切除+胃部分切除+食管胃颈部吻合+纵膈淋巴结清扫术，现遗留反流性食管炎等后遗症。依据两院三部《人体损伤致残程度分级》标准 5.7.3.3) “食管重建术后并发反流性食管炎”之规定，构成七级伤残。

②被鉴定[]食管肿物，行胸腹腔镜联合食管癌切除+胃部分切除+食管胃颈部吻合+纵膈淋巴结清扫术。依据病理诊断报告单：巨检：食管连部分胃壁，食管长 14cm，横 1.8-4cm，胃壁 S：11×9cm，依据两院三部《人体损伤致残程度分级》标准 5.9.4.5) “胃部分切除术后”之规定，构成九级伤残。

（五）误工期、护理期、营养期评定

被鉴定[]上述病情情况，依据 GA/T1193-2014《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》7.7.2、8.6.2 及附录 A.2、A.4 等之规定，结合被鉴定人具体情况，建议其误工期 90-120 日、护理期 60-120 日、营养期 60-120 日。

六、鉴定意见

[]对被鉴定[]的诊疗行为存在过错，其过



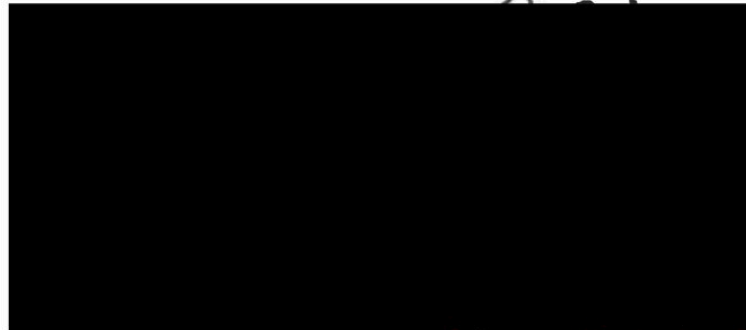
错与被鉴定[REDACTED]的损害后果之间存在一定的因果关系，建议医方过错与患者目前损害后果的原因力大小（过错参与度）为同等原因。

2. 被鉴定[REDACTED]的伤残等级为人体损伤致残程度一个七级和一个九级伤残。

3. 建议被鉴定[REDACTED]误工期 90-120 日、护理期 60-120 日、营养期 60-120 日。

七、附件

无



鉴定人承诺书

本人接受人民法院委托，作为诉讼参与人参加诉讼活动，依照国家法律法规和人民法院相关规定完成本次司法鉴定活动，承诺如下：

一、遵循科学、公正和诚实原则，客观、独立地进行鉴定，保证鉴定意见不受当事人、代理人或其他第三方的干扰。

二、廉洁自律，不接受当事人、诉讼代理人及其请托人提供的财物、宴请或其他利益。

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意见的各种情形。

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息。

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后果及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。



本鉴定机构说明

1. 本鉴定意见仅对受理检验的对象、相关检验结果和送鉴材料有效；

2. 本鉴定书属案件专门问题的技术性意见，不作为认定案件事实的唯一依据，请委托人结合案情使用；

3. 未经本鉴定机构的书面同意，任何单位或者个人不得片面复印本鉴定书。





开票日期: 2026年06月01日

开票日期: 2026年06月01日

銷售方信息

统一社会信用代码/纳税人识别号:

项目名称	收费标准
*牛、马、猪、羊、兔、禽、兽、水产、昆虫、植物、微生物、法医临床	

规格型号

单位
单例

数量

1

金額
24528.30

税率/征收率
6%

税 额
1471.70

合 计

¥24528.30

¥1471.70

价税合计(大写)

⊗ 贰万陆仟圆整

(小写) ¥26000.00

支付渠道: 银行转账; 交易单号: 2026.04.03

备注
