



司法鉴定意见书

编号：25010601108119336

一、基本情况

委托人：济南市历城区人民法院

委托鉴定事项

的诊疗行为是否存在医疗过错；若存在，医方过错的死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小

受理日期：2025 年 11 月 12 日

鉴定材料：1. 司法鉴定委托书

对外委托工作移交单复印件各 1 份；
门诊病历（门诊号 复印件 2 页、CT 医学影像报告复印件 1 页
院前急救（病案号：
复印件 1 页；住院病案（病案号
复印件 1 份（患交）；证据目录、
住院病案（病案号）、尸体解剖告知书复印件共 1 份（医交）；
6. 居民死亡医学证明（推断）书复印件 1 页；
7. 影像学片 6 张；8. 济南市历城区人民法院调查笔录、询问笔录、医患三方质证意见复印件各 1 份；9. 医疗过错鉴定申请书、民事起诉状复印件各 1 份；10. 医患三方陈述意见复印件各 1 份；11. 当事人送达地址确认书、医患方身份信息复印件各 1 份；12. 封存件 1 袋（含：硬盘 1 个）；
门（急）诊病历（就诊号：
复印件 1 页、检验报告单复印件 2 页，质证意见复印件 2 份（2025 年 12 月 5 日收到补充材料）。



鉴定日期：2025 年 11 月 12 日～2025 年 12 月 29 日

鉴定地点

被鉴定人 男 日出生（病历记载）。

二、基本案情

据送鉴材料记载：被鉴定人“咳嗽、发热 1 天，惊厥 1 次”于 2024 年 12 月 28 日 15: 急诊就诊，初步诊断为“惊厥原因待查；高热惊厥；电解质紊乱；中枢神经系统感染；喘息性急性支气管炎”，留观过程中病情加重，后于当天住院治疗，初步诊断：1. 发热、惊厥原因待查（1）脑炎（2）脑病 2. 呼吸衰竭 3. 癫痫持续状态 4. 呼吸道感染 5. 消化道出血。入院后通知病危，予气管插管连接呼吸机辅助通气、头孢曲松、甘露醇、甘油果糖、浓钠、目标体温管理、奥美拉唑、奥司他韦、免疫球蛋白、甲泼尼龙、白蛋白、血浆、异甘草酸镁等治疗。因病情危重，于 2024 年 12 月 29 日出院后死亡。

患方为诊疗行为提出异议，现由济南市历城区人民法院委托我中心对上述委托鉴定事项进行司法鉴定。

三、资料摘要

（一）（急）诊病历（就诊号）

摘要

就诊时间：2024 年 12 月 27 日 20: 06

主诉：发热 1 天。

现病史：1 天前开始发热，体温最高 40.5℃，无咳嗽，流清涕，无咽痛，无鼻塞，无呕吐，无腹痛、腹泻，无惊厥发作，饮食较前减少，大小便无异常，现口服“布洛芬”等药物治疗，效果欠佳，



为求进一步诊治来我院儿科急诊。

体格检查：体重 14kg，神志清，精神可，全身无皮疹及出血点，颈软，颈部未及明显肿大淋巴结，结膜无充血，咽部充血明显，扁桃体无肿大，未见疱疹及化脓，双肺呼吸音粗，未及啰音。心率 98 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，未触及包块，无压痛反跳痛。四肢肌力肌张力正常。双侧巴氏征阴性，脑膜刺激征阴性。CRT<2s。

诊断：急性上呼吸道感染

诊疗计划：1. 血常规+CRP+SAA（末梢血）

2. （基）布洛芬混悬液（美林）（100ml/瓶）4ml 口服 每日一次

3. （带量）磷酸奥司他韦干混悬剂（0.36g/瓶，6mg/ml*60ml）5ml 口服 每日两次

（二）[REDACTED] 门诊病历（门诊号 [REDACTED]）摘要

就诊时间：2024 年 12 月 28 日 15: 28: 37

主诉：咳嗽、发热 1 天，惊厥 1 次。

现病史：患儿于 1 天前无明显诱因出现发热，最高体温 40.5℃，伴咳嗽，阵发性，无恶心、呕吐，腹泻，半小时前出现惊厥，表示为双眼上翻、口吐泡沫、呼之不应、四肢僵硬，无口周发青、大小便失禁，持续约 2-3 分钟后缓解，立即就诊于我院门诊，精神欠佳，饮食欠佳，大小便正常。

既往史：无手术外伤史，无药物食物过敏史，无输血史。

个人史：无特殊。

家族史：无特殊。



体格检查：P140 次/分，R40 次/分，精神反应欠佳，全身浅表淋巴结未触及肿大，咽充血，双侧扁桃体无肿大，双肺呼吸音粗，可闻及哮鸣音，心音有力，无杂音。腹软，无压痛，肠鸣音正常，肝脾不大。四肢肌张力正常。神经系统查体未见异常。

辅助检查：

初步诊断：惊厥原因待查：高热惊厥；电解质紊乱；中枢神经系统感染；喘息性急性支气管炎

.....

(三) [REDACTED] 门诊病历 (门诊号 [REDACTED]) 摘要

就诊时间：2024 年 12 月 28 日 17: 42: 16

主诉：复诊

现病史：同前

既往史：无手术外伤史，无药物食物过敏史，无输血史。

个人史：无特殊。

家族史：否认家族性遗传性疾病史。

体格检查：精神反应欠佳，全身浅表淋巴结未触及肿大，咽充血，双侧扁桃体无肿大，双肺呼吸音粗，可闻及哮鸣音及痰鸣音，心音有力，无杂音。腹软，无压痛，肠鸣音正常，肝脾不大。四肢肌张力正常。神经系统查体未见异常，CRT<3 秒。

辅助检查：

初步诊断：惊厥待查

.....

(四) [REDACTED] 院前急救病历 (病案号：[REDACTED]) 摘要



出车时间：2024 年 12 月 28 日 18 时 45 分

主诉：发热、咳嗽 1 天，惊厥 1 次

现病史：患儿出现高热，最高体温达 38.5℃ 以上，伴咳嗽，呈阵发性，伴气喘，呼吸促。今日高热时惊厥 1 次，表现为惊厥大发作，于儿科门诊输液治疗，17 点 50 分左右出现意识不清，肢体末端抖动，肌张力增高，18 点予地西泮 2mg 缓慢静注，稍有好转，急查颅脑 CT 未见明显出血及脑疝，甘露醇静点，患儿 18:40 再次出现惊厥，表现为惊厥大发作，予地西泮 3mg 静注后缓解。转院途中再次惊厥。

查体：36.5℃ P110 次/分 R24 次/分 BP/mmHg

神志 烦躁

体位 角弓反张

对光反射 左：灵敏 右：灵敏

瞳孔 等大、等圆

头部 无出血及血肿

颈部 无畸形

胸部 胸廓对称、无畸形

肺部 左：呼吸音增强 右：呼吸音增强

心脏 心率：110 次/分 心律：齐 心音：有力

腹部 无反跳痛，无肌紧张

脊柱 活动自如

四肢 活动自如

肌力 左上：V 级 左下：V 级 右上：V 级 右下：V 级

神经系统 未引出巴氏征左阴性 巴氏征右阴性

GCS 评分 5



初步印象：(1) 高热惊厥 中毒性脑病观察、轻度胃肠炎伴良性惊厥观察

.....

(五) [REDACTED] 院病案 (病案号 [REDACTED]) 摘要

住院时间：2024 年 12 月 28 日~2024 年 12 月 29 日

入院情况：主诉：发热 1 天，惊厥半天。

现病史：患者于入院前 1 天无明显诱因出现发热，体温最高 40.5℃，伴寒战，应用退烧药后不能降至正常，最低降至 38℃ 左右，自诉咽痛，无咳嗽、流涕，至 [REDACTED] 就诊，予“布洛芬、奥司他韦”口服。入院前半天(今下午 3:30 左右)出现惊厥发作，表现为双眼上翻、凝视，四肢僵硬、抖动，口唇发绀，大小便失禁，至 [REDACTED] 就诊，予“地塞米松、VB6、地西泮×2 次”等治疗，惊厥仍未完全缓解，神志未转清，期间呕吐 3 次，为胃内容物，1 次伴有褐色物及少量血丝。为进一步诊治来我院就医，120 途中予“地西泮”静推。拟诊断为“惊厥原因待查”收入院。患儿自发病以来，病人精神差，食欲差，体重无明显变化，今日稀水样便 2 次，小便正常。

既往史：既往体健，否认输血史，传染病史，否认手术、外伤史，否认食物、药物过敏史、无长期服药史，预防接种按当地计划进行。

个人史：母孕期正常，患儿系第 1 胎，第 1 产，足月剖腹产(脐带绕颈)，出生体重 3.5kg，生后无窒息，母乳喂养，5 个月添加辅食，2 个月会抬头，3 个月会翻身，4 个月认母，6 个月会坐，8 个月会爬，1 周岁会走、会叫爸妈，2 岁会跑跳，智力、体格发育同正常同龄儿童。



家族史：父母身体健康，非近亲婚配，否认家族性遗传病史及家族中传染病史

体格检查：T36.0℃ P204 次/分 R45 次/分 BP114/98mmHg
WT13.0kg SP02 86%

一般情况：发育正常，营养良好，昏迷，反应差，呼吸节律不规整、浅促。皮肤黏膜：全身可见多处穿刺瘀斑，全身未见皮疹，无脱屑，皮肤弹性差。淋巴结：全身浅表淋巴结未扪及肿大。头颅五官：头颅无畸形、压痛、包块，毛发分布正常，双眼睑无浮肿，结膜正常，巩膜无黄染，双侧瞳孔不等，右侧瞳孔直径约 5mm，左侧瞳孔直径约 4mm，对光反射消失，外耳道无异常分泌物。鼻通气良好，未见分泌物，口唇苍白，口腔粘膜未见异常。咽部粘膜红肿，无扁桃体肿大。颈部：颈部无抵抗感，颈动脉搏动正常，颈静脉未见异常，气管居中。胸部：胸廓正常，呼吸节律不规整，三凹征阴性，双侧呼吸动度对称，肋间隙正常，双侧语颤对称，叩诊清音。肺部：双肺呼吸音低，未闻及干湿啰音，无呼气相延长，未闻及胸膜摩擦音。心脏：心前区无隆起，心尖搏动正常，无抬举感，无震颤，心浊音界正常，心率 204 次/分，律齐，心音低钝，各瓣膜听诊区未闻及杂音，未闻及心包摩擦音。腹部：腹平坦，腹部柔软，无压痛、反跳痛，无包块。肝脏未触及，脾脏未触及，肠鸣音正常，3 次/分。肛门生殖器：肛门及男童外生殖器未见异常。脊柱四肢：脊外观无畸形，四肢无自主活动，无畸形，关节正常，双下肢无浮肿，下肢肢端凉，毛细血管充盈时间延长，甲床苍白。神经系统：四肢肌力检查不能配合、肌张力减低，双侧膝腱反射未引出，双侧 Babinski 征阴性，Kernig 征阴性，Brudzinski 征阴性。

辅助检查：



2024 年 12 月 27 日血常规：白细胞计数 (WBC)： $7.5 \times 10^9/L$ ，红细胞计数 (RBC)： $4.49 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 (HBG)：127g/L，红细胞压积 (HCT)：38%，血小板计数 (PLT)： $293 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 (NEUT%)：75.2%，中性粒细胞计数： $5.63 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞比率：16.6%，CRP 9.42mg/L，SAA 60.28mg/L ()

2024 年 12 月 28 日头颅 CT：颅脑 CT 平扫未见明显异常。 ()

初步诊断：

1. 发热、惊厥原因待查 (1) 脑炎 (2) 脑病
2. 呼吸衰竭
3. 癫痫持续状态
4. 呼吸道感染
5. 消化道出血

诊疗经过：入院后通知病危，予气管插管连接呼吸机辅助通气、头孢曲松、甘露醇、甘油果糖、浓钠、目标体温管理、奥美拉唑、奥司他韦、免疫球蛋白、甲泼尼龙、白蛋白、血浆、异甘草酸镁等治疗。辅助检查：头颅 CT：双侧丘脑急性脑损伤，考虑坏死性脑病；血常规：白细胞计数 $11.06 \times 10^9/L$ ；红细胞计数 $4.86 \times 10^{12}/L$ ；血红蛋白量 137.00g/L；血小板计数 $49.00 \times 10^9/L$ ；淋巴细胞比率 48.40%；中性粒细胞比率 50.10%；中性粒细胞计数 $5.55 \times 10^9/L$ ；C 反应蛋白 34.50mg/L；网织红细胞计数：均正常；红细胞沉降率 2mm/h；血浆血氨 $67 \mu\text{mol/L}$ ；心肌损伤四项：B 型钠尿肽 81.08 pg/ml；高敏肌钙蛋白 I 475.00ng/L；肌红蛋白 837.19ng/ml；肌酸激酶-MB 亚型 10.33ng/ml；生化：尿素 9.74mmol/L；肌酐 (肌氨酸氧化酶法) $85 \mu\text{mol/L}$ ；葡萄糖 3.40mmol/L；肌酸激酶-MB 亚型



8.54ng/ml; 乳酸脱氢酶 3015U/L; α -羟丁酸脱氢酶 1170U/L; 丙氨酸氨基转移酶 929U/L; 天冬氨酸氨基转移酶 2231U/L; 前白蛋白 116mg/L; 总蛋白 59.6g/L; 白蛋白 (溴甲酚绿法) 37.0g/L; γ -谷氨酰转肽酶 94U/L; 总胆汁酸 15.60 μ mol/L; 腺苷脱氨酶 119.3U/L, 余正常; ABO 血型 O: Rh (D) 血型 阳性: Rh 血型表现型 CCee; 凝血功能: 凝血酶原时间 44.80s; 国际标准化比值 4.26; 活化部分凝血活酶时间 172.80s; 凝血酶时间 57.70s; D-二聚体 78.69mg/L。住院期间, 患儿反复多次心跳骤停、血压不能维持, 予心肺复苏、肾上腺素、去甲肾上腺素等治疗。

出院诊断: 1. 坏死性脑病? 2. 颅内感染? 3. 呼吸衰竭 4. 癫痫持续状态 5. 心跳骤停 6. 心力衰竭 7. 肺炎 8. 消化道出血 9. 肺出血 10. 凝血功能障碍 11. 肝功能损害

出院情况: 患儿目前持续呼吸机辅助通气, 无自主呼吸触发及咳嗽反射, 持续大剂量血管活性药物泵入中, 心电监护: P45 次/分, R30 次/分, SP02 65%, BP64/32mmHg。查体: 昏迷, GCS3 分, 反应差。双侧瞳孔等大等圆, 对光反射消失。三凹征阴性, 双肺呼吸音粗糙, 可闻及啰音。心音极低钝。腹胀。四肢末端凉。双侧膝腱反射消失, 病理征引不出。

(六) 居民死亡医学证明 (推断) 书摘要

死亡时间: 2024 年 12 月 29 日

死亡原因: 心力衰竭

四、鉴定过程

(一) 鉴定依据和方法

依据《中华人民共和国民法典》(2021 年 1 月 1 日起施行)、《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》（法释〔2020〕17号修正）、《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T0097-2021）、《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T0095-2021）等相关法律、行政法规、部门规章、诊疗规范，并参考高等院校医学教材，遵循《司法鉴定程序通则》（司法部令第132号）开展鉴定工作。

（二）审核受理情况

本中心收到委托后，对送鉴材料进行审查，认为符合受理条件并发出受理通知书。

（三）循证会情况

2025年12月8日鉴定人组织召开了医患双方和相关专业领域专家参加的医疗损害司法鉴定循证会。告知了鉴定人、鉴定事项、鉴定材料及鉴定风险等内容，医患双方签字确认并陈述了意见，回答了鉴定人和专家的询问。现将医患双方主要观点归纳如下：

1. 患方主要观点：

关 [REDACTED] ①未及时识别复杂性惊厥并及时完善诊断检查；②使用镇静抗惊厥药后未严格监测患儿的呼吸、循环等生命体征；③未及时识别复杂性惊厥并完善关键辅助检查以明确惊厥病因；④抗感染治疗措施不全面，未覆盖可能的病毒性病因；分级转诊不及时、术前准备不充分；⑤气道管理和监护不到位，存在误吸窒息风险等。

关 [REDACTED] ①诊断过程存在失误；②惊厥控制措施不规范；③未能实施更高级的生命支持；④出院安排及病历管理不规范等。

2. 医方主要观点：

[REDACTED] ①接诊及时，急救措施规范；②病情



判断基本准确，处理得当；③转诊决策及时，流程合规；④治疗依据充分；⑤患儿在我院的诊疗过程，我认为，我院的诊疗行为符合临床医学科学和操作常规、规范，不存在医疗过错或失误行为等。

①患儿病情危重且进展迅速；②医疗行为符合诊疗常规；③疾病本身预后极差，非医疗行为所致；④患儿在我院治疗期间诊断及治疗措施得当，所有操作和治疗均严格遵守诊疗常规；⑤在我院住院期间儿童重症医学科医护人员尽心尽力、全力救治，在医院所具备的医疗技术水平下给予患儿最佳的治疗方案等。

五、分析说明

依据委托人提供的现有送鉴材料，结合本案医疗损害司法鉴定循证会情况，综合分析如下：

（一）医方诊疗行为是否存在过错

1. 关

被鉴定人“咳嗽、发热 1 天，惊厥 1 次”于 2024 年 12 月 28 日（以下简称医方）急诊就诊，医方根据被鉴定人主诉、现病史、既往史、体格检查及辅助检查等，对被鉴定人考虑临床诊断“惊厥原因待查；高热惊厥；电解质紊乱；中枢神经系统感染；喘息性急性支气管炎”无原则错误，但医方存在病原学检查不完善、病情观察重视不足及告知欠充分，医方未尽谨慎诊疗义务，存在过错。主要表现为：①被鉴定人就诊期间，医方未及时完善病原学检查（甲流抗原、咽拭子、腰穿等）；②医方以“抢救优先”解释检测延迟，但未说明“抢救与基础病原采样”的冲突解决方案，且标本送检流程未告知家属；③医方明确



建议患儿留观但未密切观察病情变化，也未书面说明“无床位”时的替代方案（如协调转诊等）；同时存在抽血失败、无法明确病情的情况下，未及时启动转院流程，可能会延误针对性治疗时机等。医方未尽谨慎诊疗义务，存在过错。

2. 关

审阅现有送鉴材料及循证会了解情况，未发在对被鉴定人诊疗过程中存在（与损害后果相关的）明确过错。

（二）关于死亡原因

被鉴定人去世后未进行尸体解剖，故未取得确切的死亡原因，但根据被鉴定人就医相关病历材料记载的病情，分析（推断）认为：被鉴定人死亡原因考虑因急性坏死性脑病而死亡可能性较大。

（三）医方过错与被鉴定人损害后果之间的因果关系及原因力大小

被鉴定人损害后果为死亡。被鉴定人的损害后果是自身疾病特点、医方因素、诊疗风险、现有医疗水平等多种原因形成的后果（即：多因一果）。

本案中，患的疾病进展呈现急骤、危重的特征。其病程始于“急性上呼吸道感染”的常见症状，但在短时间内迅速发展为反复惊厥、意识障碍、多脏器功能衰竭直至死亡，临床转归指向了“急性坏死性脑病”等严重中枢神经系统病变的可能。从医学逻辑上分析，此类疾病的救治窗口期极为狭窄，早期识别病因、及时干预是影响预后的关键。

首先，在病因诊断的及时性上，医方的诊疗存在不足。患儿在就诊时已出现惊厥，医方虽考虑了“中枢神经系统感染”等诊断，但并未及时进行腰椎穿刺脑脊液检查等关



键病原学（检测）与鉴别诊断操作。根据儿科诊疗常规，对于伴有惊厥的发热患儿，尤其当存在精神反应欠佳等提示病情严重的征象时，尽快明确或排除颅内感染（如病毒性脑炎、化脓性脑膜炎）是紧迫且必要的。腰椎穿刺是诊断中枢神经系统感染的“金标准”之一，其延迟意味着无法及时获得脑脊液常规、生化及病原学证据，从而导致治疗方向可能存在盲目性。尽管医方以“抢救优先”为由解释检测延迟，但从逻辑上，基础的病原学采样（如咽拭子、甲流抗原检测）与紧急抢救措施通常并不互斥，未能同步进行或未制定明确的后补方案，使得早期针对性抗病毒或抗感染治疗缺乏精准指导，可能延误了对潜在凶险病原体（如某些特定病毒）的阻击时机。

其次，在病情观察与监护的严密性上，医方的措施未能匹配患儿病情的潜在风险，增加了不良事件发生的盖然性。患儿在留观期间病情持续加重，此过程提示疾病正在快速进展，累及脑干等重要生命中枢。密切的监护不仅是给药后的安全保证，更是评估病情变化、判断治疗反应的核心依据。医方未能实施与之风险相匹配的强化监护，使得患儿在院内期间病情恶化的风险未被有效管控。

最后，在医疗决策的审慎性与转诊时机的把握上，医方的行动滞后于病情发展的需要。当患儿在医方留观期间病情进行性加重，出现反复惊厥、意识状态恶化，且本院的辅助检查条件（如无法及时完成关键检查）或救治能力可能面临瓶颈时，启动及时、安全的转诊程序是符合诊疗规范且对患儿最有利的选择。转诊决策的本质是将患者转运至具备更强救治能力的医疗中心。在患儿病情危重、本院处理受限的情况下，转院流程存在延迟。从逻辑盖然性角度看，这种延迟使得患儿未能更早地进入条件更好的高级儿科重症监护中心，从而可能错过了在更优医疗资源配置下进行更高级生命支持、



更全面病因探查和更强化治疗的“黄金时间”。时间在急重症患儿的救治中具有决定性意义，转诊时机的延误直接降低了后续危重病情、改善最终预后的可能性。

综上所述，从医学逻辑与盖然性角度分析，[REDACTED]的诊疗行为在病因学检查的及时性、重症监护的严密性以及转诊决策的时效性等环节上，均存在未达相应注意义务的过错。检查不足导致病因不明，治疗可能缺乏针对性；监护不力导致无法及时洞察和干预病情骤变；转诊延迟则使患儿未能尽早获得更高级别的医疗支持。在患儿自身所患疾病极为危重、进展迅猛的背景下，医方的上述过错客观上减弱了早期阻断病情、优化救治机会，从而增加了不良结局发生的风险，其过错与患儿最终死亡的损害后果之间，存在高度可能性的因果关系。

同时应注意，从被鉴定人（患儿）所患疾病本身的特点分析，其在最终死亡的损害后果中起到了基础性、决定性的重大参与作用。该疾病展现出起病隐匿、进展迅猛、预后极差的典型危重特征，其自身极高的致死性是本次事件不可忽视的核心背景。患儿初期仅表现为“发热、咳嗽”，症状与普通病毒性上呼吸道感染无异，缺乏指向严重脑病的特异性表现。即使在首次惊厥发作后，其病因依然隐藏在“惊厥待查”的宽泛诊断之下。然而，疾病实质上是快速进展，从单纯发热发展到反复惊厥、癫痫持续状态、意识昏迷，并迅速出现脑干受累征象（如呼吸节律不规整、瞳孔变化）、多器官功能衰竭（心、肺、肝、凝血系统）。这种进展速度远超许多常见儿科重症，留给医疗系统的反应窗口期极为短暂。头颅 CT 最终提示的“双侧丘脑急性脑损伤，考虑坏死性脑病”，是某些嗜神经病毒引发的极度凶险的并发症，其病理基础是细胞因子风暴导致的急性



脑水肿与多器官功能障碍，病死率和致残率极高。

其次，疾病直接攻击生命中枢，其内在破坏力具有决定性。从病理生理学角度看，疾病并非停留在局部感染，而是引发了全身性的剧烈炎症反应和严重的脑实质损伤。患儿出现的顽固性癫痫持续状态、中枢性呼吸衰竭、难治性休克、弥漫性血管内凝血（DIC）样表现（血小板显著下降、凝血功能严重紊乱）、以及心肌和肝脏的严重损害（心肌酶、肝酶急剧升高），均是“全身炎症反应综合征”及“急性坏死性脑病”典型的多系统受累表现。这些改变意味着脑干等重要生命中枢遭受了结构性或功能性重创，导致机体最基本的呼吸循环调控机制崩塌。在这种情况下，即便给予高级生命支持（如呼吸机、大量血管活性药物），也往往难以逆转已形成的广泛细胞损伤和器官功能衰竭的恶性循环。

综上，患儿所患疾病本身是一种起病隐匿、进展迅速，累及神经中枢及多脏器的极危重疾病。其自然病程凶险，死亡率高。因此，在最终死亡的后果中，疾病自身极强的致命性是其最根本、最沉重的内因，构成了损害后果发生的主要的病理生理基础。

综上所述，被鉴定人最终的死亡后果主要与其自身疾病发生发展及诊疗风险等相关，与医方[REDACTED]的过错无直接因果关系，但医方[REDACTED]的过错使被鉴定人未能得到及时的必要的诊疗，一定程度上增加了损害后果发生的风险，与被鉴定人死亡后果之间存在因果关系，综合医方[REDACTED]的过错、诊疗风险以及被鉴定人自身疾病特点等因素考虑，建议因果关系原因力大小为轻微。

审阅现有送鉴材料及循证会了解情况，未发[REDACTED]在对被鉴定人诊疗过程中存在（与损害后果相关的）明确过错，医



方[REDACTED]的诊疗行为与被鉴定人死亡后果之间无因果关系，建议原因力大小为无。

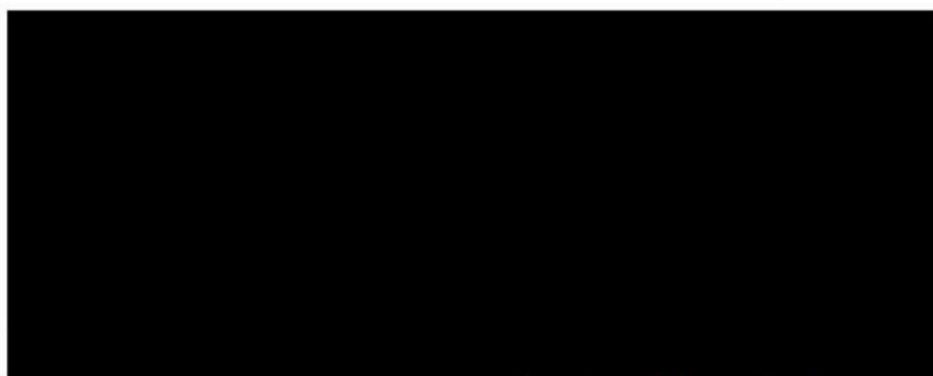
六、鉴定意见

[REDACTED]的诊疗行为存在过错。医方过错[REDACTED]的死亡后果之间存在因果关系，建议因果关系原因力大小为轻微。

2. 审阅现有送鉴材料及循证会了解情况，未发现[REDACTED]在对被鉴定[REDACTED]诊疗过程中存在（与损害后果相关的）明确过错，医方[REDACTED]的诊疗行为与被鉴定人死亡后果之间无因果关系，建议原因力大小为无。

七、附件

无



鉴定人承诺书（试行）

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)

2025年11月12日

