**附件1：中心投诉登记表**

登记部门：医务部 □ 门诊办公室 □ 其他 登记编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 患者信息 | 姓名： 性别： 年龄： 住院/门诊号： |
| 投诉人信息 | 姓名： 与患者关系： 联系电话： |
| 地址： 邮政编码： |
| 投诉时间 |  年 月 日 时 | 投诉方式 | □电话 □来访 □书面 |
| 被投诉科室 |  | 被投诉对象 |  |
| 投诉 内 容 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （投诉人签名： ） |

|  |
| --- |
| 调查核实情况：处理建议意见：记录人： |
| 部门负责人阅示：签名：日期：中心领导阅示（重大投诉）：签名：日期： |
| 反馈记录： |
| 处理结果： |
| 备注： |

 安徽省立医院离子医学中心医务部制（2020年8月启用）

## 附件2：处 理 医 疗 投 诉 通 知

 科： 登记编号：

现将有关投诉材料转发给贵科，请根据我中心《中心投诉管理办法（试行）》的规定，及时组织调查，着重查清事实经过，进行科内讨论，并于**3个工作日之内**将有关调查分析材料交给我科。

调查分析材料包括：①经专科主任、科主任审核签字的**当事人陈述材料**和有关**旁证材料**；②**科室调查报告**，包括事件的经过、存在的问题、原因分析、整改措施、以及对事件的定性与处理意见；

（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 科 室 调 查 报 告 表 |
| **科 室** |  | **发生时间** |  年 月 日 |
| **被投诉人** | **姓名： 职称： 分类：**□本院 □进修 □研究生 □其他人员 |
| **其他当事人** | **姓名： 职称： 分类：**□本院 □进修 □研究生 □其他人员 |
| **姓名： 职称： 分类：**□本院 □进修 □研究生 □其他人员 |
| **患者姓名： 性别：□男 □女, 年龄： 岁, 住院号：** |
| **事 实 经 过**  | **（可另附页）** |
| **不良后果** | **□ 死亡 □ 残疾 □ 功能障碍****□ 组织器官损伤 □ 延长治疗时间 □ 增加痛苦****□ 其它不良后果：****□ 无不良后果。** |
| **科 室 调 查 和 讨 论 意 见（ 可另附页 ）** | **投诉核实：□属实 □部分属实 □不属实** **□其他：****定性建议：□医疗事故 □严重差错 □一般差错** **□缺点 □医疗意外 □并发症** **□疾病自然转归 □其他：****原因分析：****整改措施：****处理意见：****填报人签名： 年 月 日** |
| **科主任意见：****科主任签名： 年 月 日** |

安徽省立医院离子医学中心医务部制（2020年8月启用）

## 附件4.中科大附一院离子医学中心投诉处理流程

1. **医患双方协商解决纠纷**
2. **委托医疗事故技术鉴定**（合肥市医学会医鉴办）
3. **通过第三方调解解决**（合肥市蜀山区医患纠纷人民调解委员会）
4. **通过人民法院解决**（合肥市高新区人民法院）

**将讨论意见答复患者**

**提交院内职建领导小组、医疗鉴定专家小组会议讨论**

**患者理解**

**患者不满意或者提出新的诉求**

**5至10个工作日内答复投诉人**

**组织进行调查核实、讨论、提出处理意见及改进措施**

**倾听意见，记录投诉的内容**

**（填写中心投诉登记表）**

**解释说明、协调解决**

**复杂、需要调查核实的投诉**

**简单、能够现场处理的投诉**

**专科负责人**

**医务部（2楼办公区11号、12号工位62921376）**

**医务部（2楼办公区11号、12号工位62921376）**

**住院患者投诉**

**门诊患者投诉**