附件3

梅州市康复患者双向转诊流程

**患者申请**

**上转专科或者重症医疗治疗**

**下转基层医疗机构进入恢复期康复**

**整理患者医疗文书**

**填写转诊单、签定知情同意书**

**医师审核**

梅州市康复患者下转转诊单（模板）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 住址 |  | 电话 |  |
| 初步诊断 |  | | | | | 下转医疗机构 |  | 转诊医师 |  |
| 转诊时间 |  | | | | | 转回时间 |  |  |  |
| 对患者的治疗经过及下一步治疗方案、康复建议：  医疗机构（签章）：科室医师（签名）：日期： | | | | | | | | | |
| 接诊医疗机构初步诊断：  医疗机构（签章）：接诊医师（签名）：日期： | | | | | | | | | |
| 转诊人（监护人）签名：日期： | | | | | | | | | |

梅州市康复患者上转转诊单（模板）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 住址 |  | 电话 |  |
| 初步诊断 |  | | | | | 上转医疗机构 |  | 转诊医师 |  |
| 转诊时间 |  | | | | | 转回时间 |  |  |  |
| 对患者的治疗经过及下一步治疗方案建议：  医疗机构（签章）：科室医师（签名）：日期： | | | | | | | | | |
| 接诊医疗机构初步诊断：  医疗机构（签章）：接诊医师（签名）：日期： | | | | | | | | | |
| 转诊人（监护人）签名：日期： | | | | | | | | | |