

泽 州 县 民 政 局
泽 州 县 卫 生 健 康 和 体 育 局
泽 州 县 财 政 局

文件

泽民发〔2025〕42号

关于转发《关于印发〈患者截肢肢体、引产胎儿
处置流程办法（试行）〉的通知》的通知

各乡镇、相关县直单位：

现将晋城市民政局、晋城市卫生健康委员会、晋城市财政局
《关于印发〈患者截肢肢体、引产胎儿处置流程办法（试行）〉
的通知》转发你们，请认真遵照执行。

(此页无正文)



泽州县卫生健康和体育局



2025年6月16日

晋城市民政局 晋城市卫生健康委员会 文件 晋城市财政局

晋市民〔2025〕21号

关于印发《患者截肢肢体、引产胎儿处置 流程办法（试行）》的通知

各县（市、区）民政局、卫体局、财政局，市殡仪馆：

现将《患者截肢肢体、引产胎儿处置流程办法（试行）》印发你们，请认真遵照执行。



2025年6月11日

（依申请公开）

患者截肢肢体、引产胎儿处置 流程办法（试行）

为妥善处置患者截肢的肢体及引产的死亡胎儿（以下简称残肢及死胎），做好医疗救治与殡葬服务的有效衔接，营造良好的医疗服务环境，根据《中华人民共和国民法典》《殡葬管理条例》及国家卫生健康委等部门政策文件规定，特制定本办法。

一、处置对象

国家卫生健康委、生态环保部《关于医疗废物分类目录（2021年版）的通知》（国卫医函〔2021〕238号）中第四款规定，将患者截肢的肢体以及引产的死亡胎儿，纳入殡葬管理。

本流程规定的对象为医疗服务机构在为患者提供医疗服务期间所产生的：（一）残肢；（二）16周胎龄以上或重量大于500克的引产死胎。殡葬服务机构为以上两类合法产生的残肢及死胎提供接运和火化服务，火化后不留骨灰。

二、处置流程

（一）准备

1. 医疗服务机构应提供医疗机构执业许可证复印件等资质证明及开票信息（第一次）。

2. 医疗服务机构准备《残肢及死胎来源证明》（附件1）、《截肢肢体明细表》（附件2）、《引产胎儿明细表》（附件3）等资料。

3. 医疗服务机构按照相关规定，将待火化处理的残肢及死胎分类、分件（具）收集，确保符合相关安全包装标准，不会对殡葬服务机构工作人员造成危害。

（二）接运

1. 残肢或死胎采取分类、分批次处置。原则上每出现二十件（具）残肢和死胎时，由医疗机构授权承办人及时通知殡葬服务机构接运。特殊情况随时通知接运。

2. 殡葬服务机构接到通知后，应积极对接授权承办人，约定接运时间、地点，及时派车前往接运。

3. 接运司机携带《遗体接运证明》（附件4），与授权承办人办理交接手续后，接运至殡仪馆登记存放。

（三）火化

1. 授权承办人在殡葬服务机构办理残肢或死胎火化事项时，应提供以下资料：

（1）《残肢及死胎来源证明》

（2）《截肢肢体明细表》或《引产胎儿明细表》

（3）授权承办人的身份证复印件

2. 殡葬服务机构工作人员审核火化证明材料后，应在当天组织将残肢或死胎火化。授权承办人负责全程监督。

截肢肢体类 1000 克以下的，每二十个折算为一个火化单元进行火化；1000 克以上的，根据实际情况折算为一个火化单元进行火化；不足一个火化单元时，按一个火化单元计算。

引产胎儿类每二十具折算为一具火化单元进行火化；不足一个火化单元时，按一个火化单元计算。

3. 火化结束后，殡葬服务机构应向医疗服务机构出具《特殊物火化证明》（附件5），并按相关规定做好证明保存工作。

（四）计费

1. 残肢及死胎处置收费按照市发改委、市财政局《关于调整殡葬服务收费项目及收费标准的通知》（晋市发改价管发〔2024〕340号）及各县（市、区）发改等部门的定价文件标准执行。

2. 残肢及死胎处置后，医疗服务机构应在7个工作日内向殡葬服务机构对公账户打款结算，殡葬服务机构应及时提供相应费用发票。

三、工作职责

1. 民政部门、卫健部门负责对所属殡葬服务机构、医疗服务机构进行业务指导和监督管理。

2. 医疗服务机构应保证所有火化的残肢及死胎全部是在院内就医过程中产生，并取得患者或其家属授权；同时，做好对其隐私保护。

3. 医疗服务机构应做好残肢及死胎规范包装。对有传染性的残肢及死胎应单独包装，并通知殡葬服务机构人员做好防护，单独运输，即刻火化。

4. 医疗服务机构授权承办人应全程监督残肢及死胎火化过程，并对批次处理的残肢及死胎数量和明细真实性负责。

5. 殡葬服务机构组织接运时，殡仪车停放应服从医疗服务机构管理，维护良好的就医环境。

6. 殡葬服务机构应在预约的时间积极开展接运、火化服务，尽快处理残肢及死胎。

四、其他特殊物处置

医疗机构、科研机构、司法鉴定机构产生的死婴、人体标本、人体器官等特殊物如需火化，可参照本办法办理。

本办法自印发之日起施行，试行期二年。执行期间国家及省有相关规定的从其规定。

附件：1. 残肢及死胎来源证明

2. 截肢肢体明细表

3. 引产胎儿明细表

4. 遗体接运证明

5. 特殊物火化证明

附件 1

残肢及死胎来源证明

_____殡仪馆：

本批次处理的截肢肢体/引产胎儿全部来源于我院为患者诊疗期间，共____具（件），且（具有/不具有）传染性。我院已取得（患者本人/家属）的全部授权委托书，对该批次截肢肢体/引产胎儿进行火化处理，不留骨灰。

现授权我院承办人____，身份证号：____，
电话：____，前往贵馆办理火化事宜，请予以处理。

医 院 名 称

（盖章）

XXXX 年 XX 月 XX 日

附件 2

截肢肢体明细表

序号	肢体名称	产生日期	备注（有无传染性）
1	姓名+部位	XXXX. XX. XX	
2	例：XXX 手指	2025. 01. 01	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

注：此表不留空白，不足 20 空白划掉。

院方承办人（签名）： （手印）

医 院 名 称
（ 盖 章 ）
XXXX 年 XX 月 XX 日

附件 3

引产胎儿明细表

序号	姓名	产生日期	备注（有无传染性）
1	XXX 之子	2025. 01. 01	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

注：此表不留空白，不足 20 空白划掉。

院方承办人（签名）： （手印）

医 院 名 称
（ 盖 章 ）

XXXX 年 XX 月 XX 日

附件 4

遗体接运证明（存根）

根据_____医院要求，现委派殡仪馆工作人员_____，
身份证_____，驾驶殡葬专用车(车牌号:_____)，
将截肢肢体、引产胎儿等遗体接运殡仪馆，并按相关政策办理火化。

医院承办人（签字、手印）:

殡仪馆交接人（签字、手印）:

联系电话:

联系电话:

双方交接时间: 年 月 日

-----骑缝章-----

遗体接运证明

根据_____医院要求，现委派殡仪馆工作人员_____，
身份证_____，驾驶殡葬专用车(车牌号:_____)，
将截肢肢体、引产胎儿等遗体接运殡仪馆，并按相关政策办理火化。

医院承办人（签字、手印）:

殡仪馆交接人（签字、手印）:

联系电话:

联系电话:

双方交接时间: 年 月 日

附件 5

特殊物火化证明（存根）

编号：_____

_____：贵单位委托我馆火化的（引产儿/截肢肢体/人体标本/器官/死婴）共____具（件），于____年____月____日在我馆火化。

特此证明

承办人：

承办人单位：

身份证号：

XX殡仪馆

____年____月____日

-----骑缝章-----

特殊物火化证明

编号：_____

_____：贵单位委托我馆火化的（引产儿/截肢肢体/人体标本/器官/死婴）共____具（件），于____年____月____日在我馆火化。

特此证明

承办人：

承办人单位：

身份证号：

XX殡仪馆

____年____月____日

