Зарегистрировано в Минюсте РФ 30 декабря 2008 г. N 13055

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 26 декабря 2008 г. N 782н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ И ПОРЯДКЕ

ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, УДОСТОВЕРЯЮЩЕЙ

СЛУЧАИ РОЖДЕНИЯ И СМЕРТИ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов  (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н) |

В соответствии с пунктом 5.2.100.1 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11, ст. 1036; N 15, ст. 1555; N 23, ст. 2713; N 42, ст. 4825, N 46, ст. 5337, "Российская газета", N 245, 28.11.2008), и в целях совершенствования системы учета первичной учетной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, и организации ее ведения приказываю:

1. Утвердить:

|  |
| --- |
| Примечание.  Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н утверждена новая форма Медицинского свидетельства о рождении. |

1. учетную форму N 103/у-08 "Медицинское свидетельство о рождении" согласно приложению N 1;

(приложение N 1 утратило силу. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н)

2. учетную форму N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти" согласно приложению N 2;

3. учетную форму N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" согласно приложению N 3.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

организовать применение учетных форм, указанных в пункте 1 настоящего Приказа, в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой;

организовать централизованное изготовление медицинских свидетельств о рождении и смерти, учетные формы которых утверждены настоящим Приказом, и обеспечение ими медицинских организаций независимо от их организационно-правовой формы, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

3. Признать утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 августа 1998 г. N 241 "О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-Х" (зарегистрирован Минюстом России 2 октября 1998 г. N 1628).

Министр

Т.ГОЛИКОВА

Приложение N 1

к Приказу

Минздравсоцразвития России

от 26 декабря 2008 г. N 782н

|  |
| --- |
| Примечание.  Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н утверждена новая форма медицинского свидетельства о рождении. |

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Утратило силу. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н.

Приложение N 2

к Приказу

Минздравсоцразвития России

от 26 декабря 2008 г. N 782н

|  |
| --- |
| Рекомендации по порядку выдачи и заполнения данной учетной формы см. в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178. |

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106/У-08

СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного,

взамен окончательного)

(подчеркнуть)

серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

2. Пол: мужской │1│, женский │2│

└─┘ └─┘

3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_

4. Дата смерти: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, время \_\_\_

5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика,

край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

6. Смерть наступила: на месте происшествия │1│, в машине скорой помощи │2│,

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

в стационаре │3│, дома │4│, в другом месте │5│

└─┘ └─┘ └─┘

Для детей, умерших в возрасте до 1 года:

7. Дата рождения: число \_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_, число месяцев \_\_\_\_\_\_,

дней жизни \_\_\_\_\_

8. Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------ линия отреза -------------------------------

┌─────────────────────────────────────┐ ┌────────────────────────────────┐

│ Министерство здравоохранения и │ │ Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│ социального развития Российской │ │ │

│ Федерации │ │ Медицинская документация │

│ Наименование медицинской │ │ Учетная форма N 106/у-08 │

│ организации │ │ Утверждена Приказом │

│ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ Минздравсоцразвития России │

│ адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ от 26 декабря 2008 г. N 782н │

│ Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

│ Для врача, занимающегося частной │ │ │

│ практикой: │ │ │

│ номер лицензии на медицинскую │ │ │

│ деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

│ адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

└─────────────────────────────────────┘ └────────────────────────────────┘

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного,

взамен окончательного (подчеркнуть))

серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

2. Пол: мужской │1│, женский │2│

└─┘ └─┘

3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_

4. Дата смерти: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, время \_\_\_

5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика,

край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

6. Местность: городская │1│, сельская │2│

└─┘ └─┘

7. Место смерти: республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

8. Местность: городская │1│, сельская │2│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

9. Смерть наступила: на месте происшествия │1│, в машине скорой помощи │2│,

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

в стационаре │3│, дома │4│, в другом месте │5│.

└─┘ └─┘ └─┘

10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный

┌─┐ ┌─┐

(37 - 41 недель) │1│, недоношенный (менее 37 недель) │2│, переношенный

└─┘ └─┘

┌─┐

(42 недель и более) │3│.

└─┘

11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:

┌─┐

масса тела ребенка при рождении \_\_\_ грамм │1│, каким по счету был

└─┘

┌─┐

ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) \_\_\_\_ │2│,

└─┘

┌─┐ ┌─┐

дата рождения матери \_\_\_\_\_ │3│, возраст матери (полных лет) \_\_\_\_\_\_ │4│,

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

фамилия матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │5│, имя \_\_\_\_\_\_\_ │6│, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_ │7│

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

12. <\*> Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке │1│,

└─┘

┌─┐ ┌─┐

не состоял(а) в зарегистрированном браке │2│, неизвестно │3│.

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

13. <\*> Образование: профессиональное: высшее │1│, неполное высшее │2│,

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

среднее │3│, начальное │4│; общее: среднее (полное) │5│, основное │6│,

└─┘ └─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

начальное │7│, не имеет начального образования │8│; неизвестно │9│.

└─┘ └─┘ └─┘

14. <\*> Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты

┌─┐ ┌─┐

высшего уровня квалификации │1│, прочие специалисты │2│,

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

квалифицированные рабочие │3│, неквалифицированные рабочие │4│, занятые

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

на военной службе │5│; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры │6│,

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

студенты и учащиеся │7│, работавшие в личном подсобном хозяйстве │8│,

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌──┐

безработные │9│, прочие │10│.

└─┘ └──┘

┌─┐

15. Смерть произошла: от заболевания │1│; несчастного случая: не связанного

└─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

с производством │2│, связанного с производством │3│; убийства │4│;

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

самоубийства │5│; в ходе действий: военных │6│, террористических │7│;

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

род смерти не установлен │8│.

└─┘

--------------------------------

<\*> В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10 - 11,

пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

Оборотная сторона

10. Причины смерти: │Приблизительный│ Код по

│период времени │ МКБ-10

│ между началом │

│патологического│

│ процесса и │

│ смертью │

│ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

I. а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(болезнь или состояние, непосредственно │ │

приведшее к смерти) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

б) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(патологическое состояние, которое │ │

привело к возникновению вышеуказанной │ │

причины) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

в) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(первоначальная причина смерти │ │

указывается последней) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

г) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(внешняя причина при травмах и │ │

отравлениях) │ │

II. Прочие важные состояния, способствовавшие

смерти, но не связанные с болезнью или

патологическим состоянием, приведшим к ней,

включая употребление алкоголя, наркотических

средств, психотропных и других токсических

веществ, содержание их в крови, а также

операции (название, дата)

┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в течение 30

┌─┐ ┌─┐

суток │1│, из них в течение 7 суток │2│.

└─┘ └─┘

┌─┐

12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) │1│, в

└─┘

┌─┐

процессе родов (аборта) │2│, в течение 42 дней после окончания

└─┘

┌─┐

беременности, родов (аборта) │3│; кроме того, в течение 43 - 365 дней после

└─┘

┌─┐

окончания беременности, родов │4│

└─┘

13. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего

Медицинское свидетельство о смерти

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Фамилия, имя, отчество получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------ линия отреза -------------------------------

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от

военных действий и террористических действий при неустановленном роде

смерти - указать дату травмы (отравления): число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_, год \_\_\_\_,

время \_\_\_\_\_, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма

(отравление) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть │1│,

└─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

лечащим врачом │2│, фельдшером (акушеркой) │3│, патологоанатомом │4│,

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

судебно-медицинским экспертом │5│.

└─┘

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

┌─┐

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа │1│, записей в медицинской

└─┘

┌─┐ ┌─┐

документации │2│, предшествующего наблюдения за больным(ой) │3│, вскрытия

└─┘ └─┘

┌─┐

│4│ мною определена последовательность патологических процессов

└─┘

(состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти: │Приблизительный│ Код по

│период времени │ МКБ-10

│ между началом │

│патологического│

│ процесса и │

│ смертью │

│ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

I. а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(болезнь или состояние, непосредственно │ │

приведшее к смерти) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

б) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(патологическое состояние, которое │ │

привело к возникновению вышеуказанной │ │

причины) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

в) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(первоначальная причина смерти │ │

указывается последней) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

г) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

(внешняя причина при травмах и │ │

отравлениях) │ │

│ │

II. Прочие важные состояния, способствовавшие │ │

смерти, но не связанные с болезнью или │ │

патологическим состоянием, приведшим к ней, │ │

включая употребление алкоголя, наркотических │ │

средств, психотропных и других токсических │ │

веществ, содержание их в крови, а также │ │

операции (название, дата) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│└─┴─┴─┘.└─┘

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в течение 30

┌─┐ ┌─┐

суток │1│, из них в течение 7 суток │2│.

└─┘ └─┘

┌─┐

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) │1│, в

└─┘

┌─┐

процессе родов (аборта) │2│, в течение 42 дней после окончания

└─┘

┌─┐

беременности, родов (аборта) │3│; кроме того, в течение 43 - 365 дней после

└─┘

┌─┐

окончания беременности, родов │4│

└─┘

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего

Медицинское свидетельство о смерти

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации,

частнопрактикующий врач (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность

заполнения медицинских свидетельств.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

Приложение N 3

к Приказу

Минздравсоцразвития России

от 26 декабря 2008 г. N 782н

|  |
| --- |
| Рекомендации по порядку выдачи и заполнения данной учетной формы см. в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178. |

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106-2/у-08

СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного,

взамен окончательного) (подчеркнуть)

серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Роды мертвым плодом: число \_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_

2. Ребенок родился живым: число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_

и умер дата: число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

3. Смерть наступила: │1│ до начала родов, │2│ во время родов, │3│ после

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

родов, │4│ неизвестно

└─┘

4. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата рождения матери: число \_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_

6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего

(мертворожденного) ребенка:

республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

7. Местность: городская │1│, сельская │2│

└─┘ └─┘

8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

9. Пол: мальчик │1│, девочка │2│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре │1│, дома │2│, в другом

└─┘ └─┘

┌─┐

месте │3│

└─┘

------------------------------ линия отреза -------------------------------

┌─────────────────────────────────────┐ ┌────────────────────────────────┐

│ Министерство здравоохранения и │ │ Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│ социального развития Российской │ │ Медицинская документация │

│ Федерации │ │ │

├─────────────────────────────────────┤ ├────────────────────────────────┤

│ Наименование медицинской │ │ Учетная форма N 106-2/у-08 │

│ организации │ │ Утверждена Приказом │

│ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ Минздравсоцразвития России │

│ адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ от 26 декабря 2008 г. N 782н │

│ Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

│ Для врача, занимающегося частной │ │ │

│ практикой: │ │ │

│ номер лицензии на медицинскую │ │ │

│ деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

│ адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

└─────────────────────────────────────┘ └────────────────────────────────┘

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

окончательное, предварительное, взамен предварительного,

взамен окончательного (подчеркнуть)

серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Роды мертвым плодом: число \_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_

2. Ребенок родился живым: число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_

и умер - число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_

┌─┐ ┌─┐

3. Смерть наступила: до начала родов │1│, во время родов │2│, после родов

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

│3│, неизвестно │4│

└─┘ └─┘

Мать Ребенок (плод)

────────────────────────────────────────────┬──────────────────────────────

4. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│12. Фамилия ребенка (плода) \_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┬─┐┌─┬─┐┌─┬─┬─┬─┐│13. Место смерти

5. Дата рождения матери │ │ ││ │ ││ │ │ │ ││ (мертворождения):

└─┴─┘└─┴─┘└─┴─┴─┴─┘│ республика, край, область

число месяц год │ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

│ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Место постоянного жительства │ город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрации): │ ┌─┐

республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│14. Местность: городская │1│,

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ └─┘

город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ ┌─┐

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_ кв. \_\_\_│ сельская │2│.

┌─┐ ┌─┐ │ └─┘

7. Местность: городская │1│, сельская │2│ │15. Смерть (мертворождение)

└─┘ └─┘ │ произошла(о):

8. Семейное положение: состоит в │ ┌─┐

┌─┐ │ в стационаре │1│,

зарегистрированном браке │1│, не состоит │ └─┘

└─┘ │ ┌─┐

┌─┐ │ дома │2│, в другом

в зарегистрированном браке │2│, │ └─┘

└─┘ │ ┌─┐ ┌─┐

┌─┐ │ месте │3│, неизвестно │4│.

неизвестно │3│ │ └─┘ └─┘

└─┘ │ ┌─┐

9. Образование: │16. Пол: мальчик │1│, девочка

┌─┐ │ └─┘

профессиональное: высшее │1│, неполное │ ┌─┐

└─┘ │ │2│

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐ │ └─┘

высшее │2│, среднее │3│, начальное │4│; │17. Масса тела ребенка (плода)

└─┘ └─┘ └─┘ │ ┌─┬─┬─┬─┐

┌─┐ │ при рождении │ │ │ │ │ г

общее: среднее (полное) │5│, основное │ └─┴─┴─┴─┘

└─┘ │18. Длина тела ребенка (плода)

┌─┐ ┌─┐ │ ┌─┬─┐

│6│, начальное │7│; не имеет начального │ при рождении │ │ │ см

└─┘ └─┘ │ └─┴─┘

┌─┐ ┌─┐ │19. Мертворождение или

образования │8│; неизвестно │9│ │ живорождение произошло:

└─┘ └─┘ │ ┌─┬─┐

10. Занятость: была занята в экономике: │ при одноплодных │ │ │

руководители и специалисты высшего │ родах └─┴─┘

┌─┐ │ при многоплодных родах:

уровня квалификации │1│, прочие │ ┌─┬─┐

└─┘ │ которыми по счету │ │ │

┌─┐ │ └─┴─┘

специалисты │2│, квалифицированные │ число детей ┌─┬─┐

└─┘ │ родившихся (живыми │ │ │

┌─┐ │ и мертвыми) └─┴─┘

рабочие │3│, неквалифицированные │

└─┘ │

┌─┐ │

рабочие │4│, занятые на военной службе │

└─┘ │

┌─┐ │

│5│; не была занята в экономике: │

└─┘ │

┌─┐ ┌─┐ │

пенсионеры │6│, студенты и учащиеся │7│,│

└─┘ └─┘ │

работавшие в личном подсобном хозяйстве │

┌─┐ ┌─┐ ┌──┐ │

│8│, безработные │9│, прочие │10│ │

└─┘ └─┘ └──┘ │

┌─┬─┐ │

11. Которые по счету роды │ │ │ │

└─┴─┘ │

Оборотная сторона

11. Причины перинатальной смерти: Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

или ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

г) другие заболевания или патологические состояния матери, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

смерти │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

12. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя,

заполнившего Медицинское свидетельство отчество)

о перинатальной смерти)

13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., наименование органа ЗАГС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Получатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному

(умершему ребенку))

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

------------------------------ линия отреза -------------------------------

20. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не

┌─┐

считая мертворожденных) │ │

└─┘

┌─┐

21. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания │1│, несчастного

└─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

случая │2│, убийства │3│, род смерти не установлен │4│

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

22. Лицо, принимавшее роды: врач │1│, фельдшер, акушерка │2│, другое │3│

└─┘ └─┘ └─┘

23. Причины перинатальной смерти: Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

или ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

г) другие заболевания или патологические состояния матери, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка │ │ │ │ │ │

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┴─┴─┘.└─┘

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

смерти │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┘.└─┘

24. Причины смерти установлены:

┌─┐

врачом, только удостоверившим смерть │1│, врачом-акушером-гинекологом,

└─┘

┌─┐

принимавшим роды │2│, врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка

└─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

│3│, врачом-патологоанатомом │4│, судебно-медицинским экспертом │5│,

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

акушеркой │6│, фельдшером │7│

└─┘ └─┘

┌─┐

на основании: осмотра трупа │1│, записей в медицинской документации

└─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

│2│, собственного предшествовавшего наблюдения │3│, вскрытия │4│.

└─┘ └─┘ └─┘

25. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя,

заполнившего Медицинское свидетельство отчество)

о перинатальной смерти)

Руководитель медицинской организации,

частнопрактикующий врач (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность

заполнения медицинских свидетельств.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)