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)