Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 апреля 2021 г. N 352н

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106/У

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

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

(окончательного, предварительного, взамен предварительного,

взамен окончательного) (подчеркнуть)

ранее выданное свидетельство:

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

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

┌─┐ ┌─┐

2. Пол: мужской │1│ женский │2│

└─┘ └─┘

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

4. Дата смерти: число \_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ час. \_\_\_ мин. \_\_

5. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): субъект

Российской Федерации

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_ комн. \_\_\_

┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

в стационаре │3│ дома │4│ в образовательной организации │5│

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

в другом месте │6│

└─┘

Для детей, умерших в возрасте до 1 года:

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

число месяцев \_\_\_\_\_\_ число дней \_\_\_\_\_\_ жизни

8. Место рождения: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_

9. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

линия отреза

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

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

│ Наименование медицинской организации │ │ Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│ (индивидуального предпринимателя, │ │ │

│ осуществляющего медицинскую │ │ │

│ деятельность) │ │ │

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

│ адрес места нахождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

│ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ Медицинская документация │

│ Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ Учетная форма N 106/У │

│ Номер и дата выдачи лицензии на │ │ Утверждена приказом │

│ осуществление медицинской │ │ Минздрава России │

│ деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ от "\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 г. N \_\_\_ │

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

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

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

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

(окончательное, предварительное, взамен предварительного,

взамен окончательного) (подчеркнуть)

ранее выданное свидетельство:

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

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

┌─┐ ┌─┐

2. Пол мужской │1│ женский │2│

└─┘ └─┘

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

4. Документ, удостоверяющий личность умершего: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_ номер \_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Дата смерти: число месяц год час. мин.

8. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): субъект

Российской Федерации

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_

┌─┐ ┌─┐

9. Местность: городская │1│ сельская │2│

└─┘ └─┘

10. Место смерти: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_

┌─┐ ┌─┐

11. Местность городская │1│ сельская │2│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

в стационаре │3│ дома │4│ в образовательной организации │5│

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

в другом месте │6│

└─┘

13. <\*> 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│

└─┘

14. <\*> Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:

┌─┐

│1│

масса тела ребенка при рождении (грамм) ───┴─┘ каким по счету был

┌─┐

│2│

ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) ───┴─┘

┌─┐ ┌─┐

│3│ │4│

дата рождения матери ───┴─┘ возраст матери (полных лет) ───┴─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

│5│ │6│ │7│

фамилия матери ───┴─┘ имя ───┴─┘ отчество (при наличии) ───┴─┘

┌─┐

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

└─┘

┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

среднее профессиональное │3│ общее: среднее │4│ основное │5│ начальное

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

│6│ дошкольное │7│ не имеет начального образования │8│ неизвестно │9│

└─┘ └─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

17. <\*> Занятость: работал(а) │1│ проходил(а) военную или приравненную к

└─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

ней службу │2│ пенсионер(ка) │3│ студент(ка) │4│ не работал(ла) │5│

└─┘ └─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

прочие │6│ неизвестно │7│

└─┘ └─┘

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

<\*> В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 13 - 14,

пункты 15 - 17 заполняются в отношении их матерей.

Оборотная сторона

10. Причины смерти: Приблизительный Коды по

период времени МКБ

между началом

патологического

процесса и

смертью

┌───────────────┐

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

I. а) │ ││ │ │ │ │ │

───────────────────────────────────────────────┼───────────────┤└─┴─┴─┘.└─┘

(болезнь или состояние, непосредственно │ │

приведшее к смерти) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

б) │ ││ │ │ │ │ │

───────────────────────────────────────────────┼───────────────┤└─┴─┴─┘.└─┘

(патологическое состояние, которое │ │

привело к возникновению причины, │ │

указанной в пункте "а") │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

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 │2│, в течение 42 дней после окончания беременности

└─┘

┌─┐

│3│; кроме того в течение 43 - 365 дней после окончания

└─┘

┌─┐

беременности │4│

└─┘

13. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача (фельдшера, акушерки),

заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

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

14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС получателя (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

линия отреза

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

┌─┐

18. 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│

└─┘

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

военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти -

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

час. \_\_ мин. \_\_\_, а также место и обстоятельства, при которых произошла

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

┌─┐

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

└─┘

┌─┐ ┌─┐

лечащим врачом │2│, фельдшером, акушеркой │3│,

└─┘ └─┘

┌─┐

врачом-патологоанатомом │4│, врачом - судебно-медицинским

└─┘

┌─┐

экспертом │5│.

└─┘

21. Я, врач (фельдшер, акушерка)\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

┌─┐

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

└─┘

┌─┐ ┌─┐

документации │2│, предшествующего наблюдения за пациентом │3│, вскрытия

└─┘ └─┘

┌─┐

│4│ мною установлены причины смерти.

└─┘

22. Причины смерти: Приблизительный Коды по МКБ

период времени

между началом

патологического

процесса и

смертью

┌───────────────┐

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

I. а) │ ││ │ │ │ │ │

───────────────────────────────────────────────┼───────────────┤└─┴─┴─┘.└─┘

(болезнь или состояние, непосредственно │ │

приведшее к смерти) │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

б) │ ││ │ │ │ │ │

───────────────────────────────────────────────┼───────────────┤└─┴─┴─┘.└─┘

(патологическое состояние, которое │ │

привело к возникновению причины, │ │

указанной в пункте "а") │ │

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

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)

┌───────────────┬┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ ││ │ │ │.│ │

───────────────────────────────────────────────┼───────────────┤└─┴─┴─┴─┴─┘

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

───────────────────────────────────────────────┼───────────────┤└─┴─┴─┘.└─┘

│ │┌─┬─┬─┐ ┌─┐

│ ││ │ │ │ │ │

───────────────────────────────────────────────┴───────────────┘└─┴─┴─┘.└─┘

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

┌─┐ ┌─┐

│1│, из них в течение 7 суток │2│.

└─┘ └─┘

┌─┐

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

└─┘

┌─┐

в процессе родов │2│, в течение 42 дней после окончания

└─┘

┌─┐

беременности │3│; кроме того, в течение 43 - 365 дней после окончания

└─┘

┌─┐

беременности │4│.

└─┘

25. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача (фельдшера, акушерки),

заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

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

Руководитель (иное уполномоченное лицо <\*\*>) медицинской организации,

индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность

(подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

26. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения

медицинских свидетельств.

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

<\*\*> В случае, установленном [частью 10 статьи 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=389760&date=16.06.2023&dst=100098&field=134) Федерального закона от 5 июня 2012 г. N 50-ФЗ "О регулировании деятельности российских граждан и российских юридических лиц в Антарктике" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 24, ст. 3067).

получателе, а также сведения, внесенные в медицинское свидетельство о смерти при его формировании;

в случае выдачи медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе учитываются сведения о серии и номере медицинского свидетельства о смерти, дате его выдачи, получателе, а также о фамилии, имени, отчестве (при наличии) умершего лица и документе, удостоверяющем его личность.

В случае отсутствия информационный системы порядок учета выданных медицинских свидетельств о смерти на бумажных носителях определяется локальным нормативным актом медицинской организации (определяется индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность), который должен предусматривать учет сведений о серии и номере медицинского свидетельства о смерти, дате его выдачи, получателе, а также сведения о фамилии, имени, отчестве (при наличии) умершего лица и документе, удостоверяющем его личность.

Корешки медицинского свидетельства о смерти подлежат хранению в медицинской организации по месту их выдачи в течение одного календарного года после окончания года, когда было выдано медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению. Место хранения корешков выданных медицинских свидетельств о смерти определяется локальным нормативным актом медицинской организации (определяется индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность).

28. Сведения о выдаче медицинского свидетельства о смерти (дата выдачи, серия и номер, причина смерти и коды по [МКБ](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXP&n=731991&date=16.06.2023)) вносятся в медицинскую документацию умершего - медицинскую карту стационарного больного, или историю развития ребенка, или медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <17>, или в медицинскую документацию иной формы.

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

<17> [Форма N 025/у](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=369436&date=16.06.2023&dst=100042&field=134) "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской от 15 декабря 2014 г. N 834н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. N 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный N 50614), от 2 ноября 2020 г. N 1186н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 ноября 2020 г., регистрационный N 61121).

Приложение N 3

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 апреля 2021 г. N 352н

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106-2/У

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

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

(окончательного, предварительного, взамен предварительного,

взамен окончательного) (подчеркнуть)

ранее выданное свидетельство:

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

1. Рождение мертвого

ребенка: 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: до начала родов │1│ во время родов │2│ после

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

родов │3│ неизвестно │4│

└─┘ └─┘

4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

6. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери умершего

(мертворожденного) ребенка:

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘

8. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего ребенка (фамилия ребенка,

родившегося мертвым) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

9. Пол: мужской │1│ женский │2│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

в другом месте │3│ неизвестно │4│

└─┘ └─┘

линия отреза

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

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

│ Наименование медицинской организации │ │ Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│ (индивидуального предпринимателя, │ │ │

│ осуществляющего медицинскую │ │ │

│ деятельность) │ │ │

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

│ адрес места нахождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ │

│ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ Медицинская документация │

│ Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ Учетная форма N 106-2/У │

│ Номер и дата выдачи лицензии на │ │ Утверждена приказом │

│ осуществление медицинской деятельности:│ │ Минздрава России │

│ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │ │ от "\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 г. N \_\_\_ │

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

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

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

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

(окончательное, предварительное, взамен предварительного,

взамен окончательного) (подчеркнуть)

ранее выданное свидетельство

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

1. Рождение мертвого

ребенка: 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: до начала родов │1│ во время родов │2│ после

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

родов │3│ неизвестно │4│

└─┘ └─┘

Мать Ребенок

4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_ 15. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

┌─┬─┐┌─┬─┐┌─┬─┬─┬─┐ 16. Место смерти (рождения

5. Дата рождения матери │ │ ││ │ ││ │ │ │ │ мертвого ребенка):

└─┴─┘└─┴─┘└─┴─┴─┴─┘ субъект Российская

число месяц год Федерация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем и когда населенный

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом

7. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ стр. \_\_\_ корп. \_\_\_ кв. \_\_\_

8. Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ┌─┐

9. Регистрация по месту жительства 17. Местность: городская │1│

(пребывания): └─┘

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ┌─┐

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сельская │2│

город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┘

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 18. Смерть (рождение мертвым)

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ┌─┐

стр. \_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_ произошла(о): в стационаре │1│

┌─┐ ┌─┐ └─┘

10. Местность: городская │1│ сельская │2│ ┌─┐

└─┘ └─┘ дома │2│ в другом

11. Семейное положение: состоит в └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

зарегистрированном браке │1│ не состоит месте │3│ неизвестно │4│

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

в зарегистрированном браке │2│ 19. Пол: мужской │1│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

неизвестно │3│ женский │2│

└─┘ └─┘

12. Образование: профессиональное: 20. Масса тела ребенка

┌─┐ ┌─┐ при рождении (г) \_\_\_\_\_\_\_\_

высшее │1│ неполное высшее │2│ среднее 21. Длина тела ребенка

└─┘ └─┘ при рождении (см) \_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ 22. Рождение мертвым или

профессиональное │3│ живорождение произошло:

└─┘ ┌─┐

┌─┐ ┌─┐ при одноплодных родах │1│

общее: среднее │4│ основное │5│ └─┘

└─┘ └─┘ ┌─┐

┌─┐ при многоплодных │2│

начальное │6│ не имеет начального родах └─┘

└─┘ которыми по счету \_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐ число родившихся (живыми

образования │7│ неизвестно │8│ и мертвыми) детей \_\_\_\_\_\_\_\_

└─┘ └─┘

┌─┐

13. Занятость: работала │1│ проходила

└─┘

военную или приравненную к ней

┌─┐ ┌─┐

службу │2│ студентка │3│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

не работала │4│ прочее │5│

└─┘ └─┘

14. Которые по счету роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оборотная сторона

11. Причины перинатальной смерти: Код по МКБ

┌─┬─┬─┐ ┌─┐

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,

оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)

┌─┬─┬─┐ ┌─┐

д) │ │ │ │ │ │

─────────────────────────────────────────────────────────────── └─┴─┴─┘.└─┘

(другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

смерти) │ │ │ │ │ │

─────────────────────────────────────────────────────────────── └─┴─┴─┘.└─┘

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

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

акушерки), заполнившего отчество (при

медицинское свидетельство наличии)

о перинатальной смерти)

13. Получатель

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и отношение к мертворожденному

(умершему ребенку)

Документ, удостоверяющий личность получателя (вид, серия, номер,

кем выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС получателя (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись)

линия отреза

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

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

считая мертворожденных)

┌─┐

24. Смерть ребенка (рождение мертвым) произошла(о): от заболевания │1│

└─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

несчастного случая │2│ убийства │3│ в ходе действий: военных │4│

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

террористических │5│ род смерти не установлен │6│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘ └─┘

26. Причины перинатальной смерти: Код по МКБ

┌─┬─┬─┐ ┌─┐

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,

оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)

┌─┬─┬─┐ ┌─┐

д) │ │ │ │ │ │

─────────────────────────────────────────────────────────────── └─┴─┴─┘.└─┘

(другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, ┌─┬─┬─┐ ┌─┐

смерти) │ │ │ │ │ │

─────────────────────────────────────────────────────────────── └─┴─┴─┘.└─┘

┌─┐

27. Причины смерти установлены: врачом, только удостоверившим смерть │1│

└─┘

┌─┐

врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды │2│

└─┘

┌─┐

врачом-неонатологом (или врачом-педиатром), лечившим ребенка │3│

└─┘

┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘

┌─┐

фельдшером, акушеркой │6│

└─┘

┌─┐ ┌─┐

28. На основании: осмотра трупа │1│ записей в медицинской документации │2│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

собственного предшествовавшего наблюдения │3│ вскрытия │4│

└─┘ └─┘

29. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

акушерки), заполнившего отчество (при

медицинское свидетельство наличии)

о перинатальной смерти)

Руководитель медицинской организации, индивидуальный предприниматель,

осуществляющий медицинскую деятельность

(подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать (подпись) (фамилия, имя, отчество

(при наличии)

30. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения

медицинских свидетельств.

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

(фамилия, имя, отчество

(при наличии)