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)