

Зарегистрировано в
Министерстве Юстиции
Донецкой Народной Республики
от 30.01.2015 г.
за регистрационным № 30

ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

83003, г. Донецк, пр-т Ильича 14-И, тел. (062) 312-91-26, E-mail: minzdrav.dnr@mail.ru

ПРИКАЗ

от «09» января 2015 года

№ 12

Об упорядочении ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в Донецкой Народной Республике

С целью упорядочения заполнения медицинской учетной документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти и, руководствуясь п.3 Постановления Совета Министров Донецкой Народной Республики от 28.07.2014 № 21-2 «О структуре и штатной численности Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы первичной учетной документации и инструкции по их заполнению и выдаче (прилагаются):

- медицинское свидетельство о рождении (форма № 103/у);
- медицинская справка о пребывании ребенка под наблюдением учреждения здравоохранения (форма №103-1/у);
- врачебное свидетельство о смерти (форма №106/у);
- фельдшерская справка о смерти (форма № 106-1/у);
- врачебное свидетельство о перинатальной смерти (форма № 106-2/у).

2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики:

2.1. Обеспечить внедрение новых образцов форм первичной учетной документации: врачебного свидетельства о смерти (форма № 106/у), врачебного свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у), фельдшерской справки о смерти (форма № 106-1/у), медицинского свидетельства о рождении (форма № 103/у), медицинского свидетельства о пребывании ребенка под наблюдением учреждения здравоохранения (форма № 103-1/у) во всех учреждениях здравоохранения независимо от ведомственного подчинения и форм собственности.

2.2. Организовать проведение инструктивных совещаний для врачей учреждений здравоохранения, в т.ч. бюро судебно-медицинской экспертизы, среднего медицинского персонала фельдшерско-акушерских пунктов, о порядке заполнения и выдачи медицинских документов, которые удостоверяют рождение и смерть.

2.3. Обеспечить назначение в каждом учреждении здравоохранения врача, ответственного за проверку правильности заполнения врачебных свидетельств о смерти, врачебных свидетельств о перинатальной смерти и фельдшерских справок о смерти, медицинских свидетельств о рождении.

3. Юридическому отделу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (Залевская) обеспечить государственную регистрацию данного приказа в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики.

5. Контроль за выполнением этого приказа оставляю за собой.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от « 09 » 01 2015г. № 12

ИНСТРУКЦИЯ
о заполнении и выдаче фельдшерской справки о смерти
(форма № 106-1/у)

Инструкция является обязательной для всех фельдшеров (акушерок) фельдшерско-акушерских, фельдшерских пунктов.

1. Общие положения

1.1. Фельдшер (акушерка) фельдшерско-акушерского пункта имеет право заполнять только фельдшерскую справку о смерти - форма № 106-1/у.

В сельских населенных пунктах, где в учреждениях здравоохранения работает только один врач, в случае его отсутствия (болезнь, отпуск и пр.), как исключение, также выдается фельдшерская справка о смерти фельдшером (акушеркой), который заменяет врача.

Запрещается фельдшерам (акушеркам) выдавать врачебное свидетельство о смерти (форма № 106/у), утвержденное этим приказом.

2. Порядок выдачи фельдшерской справки о смерти

2.1. В верхнем углу штампа обязательно проставляется идентификационный код учреждения здравоохранения.

2.2. Фельдшерские справки о смерти нумеруются путем указания порядкового номера справки. Номера на обоих экземплярах справки должны быть идентичными.

2.3. Первый экземпляр фельдшерской справки о смерти выдается родственникам умершего или другим лицам, которые обязались похоронить умершего. Второй экземпляр справки остается в фельдшерско-акушерском пункте (врачебной амбулатории).

В случае утери фельдшерской справки о смерти выдается новая справка с пометкой "дубликат" на основании письменного заявления лица, которое получило оригинал, или другого лица. Дубликат заполняется в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Первый экземпляр выдается родственникам умершего или лицу, которое обязалось похоронить умершего, второй экземпляр остается в фельдшерско-акушерском пункте (врачебной амбулатории).

2.4. Фельдшерская справка о смерти выдается на основании медицинской документации, которая отражает состояние больного на момент его смерти, если нет подозрения на насильственную смерть, и причина смерти может быть установлена точно.

2.5. При подозрении на насильственную смерть или в случаях, когда смерть наступила от механической асфиксии, действия крайних температур, электрического тока, после искусственного аборта, проведенного вне

медицинского учреждения, при внезапной смерти детей, не находившихся под медицинским наблюдением, а также на умерших, личность которых не установлена, фельдшерская справка о смерти не выдается.

В этих случаях обязательно осуществляется патологоанатомическое вскрытие или судебно-медицинская экспертиза, после чего выдается врачебное свидетельство о смерти.

По каждому такому случаю, фельдшер (акушерка) должен срочно сообщить в соответствующее медицинское учреждение, в подчинении которого находится фельдшерский (фельдшерско-акушерский) пункт.

2.6. Запрещается выдача фельдшерской справки о смерти заочно, без личного установления фельдшером (акушеркой) факта смерти.

2.7. Неправильно заполненные экземпляры фельдшерских справок о смерти перечеркиваются с записью на них "аннулировано" и остаются в книге.

3. Порядок заполнения фельдшерской справки о смерти

3.1. Фельдшерская справка о смерти заполняется в 2 экземплярах с обеих сторон.

3.2. Бланки фельдшерских справок о смерти брошюруются и в виде книги хранятся у фельдшера.

3.3. Заполнение фельдшерской справки о смерти осуществляется путем подчеркивания и внесения необходимых сведений и заполнения клеток соответствующими обозначениями.

3.4. Фельдшерская справка о смерти заполняется шариковой ручкой, разборчивым почерком. Записи в обоих экземплярах и медицинской документации должны быть полностью идентичными. Запрещается использование сокращений, аббревиатур и пр.

3.5. Заполнению подлежат все пункты фельдшерской справки о смерти. При отсутствии тех или других сведений нужно отметить: "неизвестно", "не установлено".

3.6. В пункте 7 фельдшерской справки о смерти указывается постоянное местожительство умершего в соответствии с паспортными данными или справкой о регистрации местожительства или места пребывания. Нельзя указывать место расположения медицинского учреждения.

3.7. В пункте 9 фельдшер указывает свои фамилия, имя, отчество, должность и отмечает основание, которое дает возможность определить последовательность патологических процессов, которые привели к смерти, и указывает причину смерти.

Основной (первичной) причиной смерти нужно считать болезнь или травму, которая привела к развитию болезненных процессов, повлекших смерть, или последствия несчастного случая, насилие, которое стало причиной смерти.

Порядок записи причин смерти, предусмотренный фельдшерской справкой о смерти, должен помочь фельдшеру выделить тот патологический процесс, который непосредственно привел к смерти, или то заболевание, которое негативно повлияло на течение основного заболевания и тем самым способствовало смерти.

В части I пункта 9 в строке "а" записывается болезнь или состояние, которое непосредственно привели к смерти; в строках "б", "в" отмечаются патологические состояния (если такие были), которые обусловили непосредственную причину смерти (упомянутую выше); основная причина смерти указывается в последнюю очередь.

Под непосредственной причиной смерти нужно понимать болезнь или состояние, которые непосредственно вызвали смерть.

В каждой строке должно быть записано только одно заболевание или патологическое состояние.

В части II отмечаются другие состояния или заболевания, которые способствовали наступлению смерти, но не связанные с болезнью или состоянием, которые непосредственно привели к смерти. Также в этом пункте нужно указать дату операции, инфаркта миокарда, инсульта, срок беременности, если такие имели место.

В некоторых случаях основное заболевание и непосредственная причина смерти могут совпадать.

3.8. При записи причины смерти нельзя допускать неточностей, ограничиваться общими выражениями или указанием симптомов вместо полного диагноза, а также использовать аббревиатуры, сокращения и тому подобное.

<i>Например</i>	<i>Нужно записать:</i>
Нефрит	острый (хронический) нефрит
Рак	рак шейки матки
Почечная колика	мочекаменная болезнь

3.9. Примеры заполнения пункта 9 фельдшерской справки о смерти.

I пример:

I. а) острый инфаркт миокарда **I21.9**
б)-----
в)-----

II. Сахарный диабет инсулинонезависимый

II пример:

I. а) уремия
б) гипертрофия предстательной железы (аденофиброматозная)
в)----- **N42.8**

II. Язва желудка

III пример:

I. а) бронхопневмония **J18.9**
б) -----
в)-----

II.

3.10. При наличии противоречивых причин смерти (например, бронхопневмония и хроническая ишемическая болезнь сердца) в первой части надо указать то заболевание, которое более достоверно вызывало основную причину смерти, а во второй части - второе сопутствующее заболевание.

3.11. Указание приблизительного интервала (минуты, часы, недели, месяцы или годы) между началом заболевания и временем смерти помогает фельдшеру правильно выбрать код причины смерти.

3.12. Если умерший принадлежит к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, в пункте 11 фельдшерской справки о смерти надо указать категорию и серию удостоверения умершего.

В случае непричастности умершего к лицам, которые пострадали от Чернобыльской катастрофы, нужно отметить "не пострадал".

3.13 В пункт 12 заносятся сведения относительно наименования медицинского учреждения, которым выдана справка, личная подпись фельдшера, который заполнил справку, его фамилия, имя, отчество, дата заполнения справки. При получении фельдшерской справки о смерти лицо, которое обратилось в учреждение здравоохранения за документом, должно поставить свою личную подпись на обоих экземплярах справки. Справка удостоверяется печатью учреждения.

3.14 Одновременно при выдаче фельдшерской справки о смерти фельдшер заполняет справку о причине смерти в одном экземпляре и выдает родственникам умершего, другим лицам для захоронения. Справка удостоверяется печатью учреждения.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>Код по ЕГРПОДНР </p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной документации № 106-1/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНО</p> <p>Приказ МЗ ДНР 0 9 0 1 2 0 1 5 № 1 2 </p>
--	---

Фельдшерская справка о смерти №

(выдается для регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния)

" _____ " _____ 20 ____ г.
(дата выдачи)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Пол: М - 1, Ж - 2 (подчеркнуть).

3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____

4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____

5. Для детей, которые умерли в возрасте от 6 дней до 1 месяца:
доношенный - 1, недоношенный - 2 (подчеркнуть).

6. Для детей, которые умерли в возрасте от 6 дней до 1 года, :

а) масса (вес) при рождении _____ г

б) рост при рождении _____ см.

7. Место жительства умершего:
Государство _____, республика, область _____

район _____ город, пгт - 1, село - 2 _____ (подчеркнуть)

ул. _____, дом _____, кв. _____

8. Место смерти :

а) государство _____, республика, область _____

район _____, населенный пункт _____
(вписать)

б) смерть наступила: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3 (подчеркнуть)

_____ (вписать, где)

линия отреза

Справка о причине смерти

(к форме № 106-1/у № _____, выдается для захоронения)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Возраст умершего _____

3. Дата смерти " _____ " _____ 20 ____ г.
(число, месяц, год)

4. Причина смерти _____
(основная причина смерти)

Фамилия фельдшера, который выдал справку _____

" _____ " _____ 20 ____ г. _____
(дата выдачи) (подпись фельдшера)

9. Я фельдшер _____
(фамилия, имя, отчество)

(должность)

удостоверяю, что на основании: осмотра – 1, предварительного наблюдения за больным – 2, записей в медицинской документации - 3 (подчеркнуть) установлена такая причина смерти:

I. а)

непосредственная причина смерти

б)

в)

заболевание или патологическое состояние, которое обусловило непосредственную причину смерти

II. Другие существенные состояния (сопутствующие, сочетанные, фоновые подчеркнуть), которые способствовали смерти, но не связанные с заболеванием или его осложнением, которое непосредственно является причиной смерти

Приблизительное
время между началом
заболевания
и смертью

10. Умерший при жизни был под наблюдением врача в связи с заболеванием, которое стало основной причиной смерти:
да – 1, нет – 2 (подчеркнуть)

11. Если умерший (ая) относится к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, отметить категорию _____ серию _____
удостоверения. _____

12. Фельдшерская справка выдана: наименование медицинского учреждения _____

(подпись фельдшера, который
выдал справку)

М.П.

Подпись получателя справки _____
(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

“ _____ ” _____ в 20 ____ г.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от « 09 » 01 2015г. № 12

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению и регистрации врачебного свидетельства
о перинатальной смерти (форма №106-2/у)

Инструкция обязательна для всех учреждений здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, центров (бюро) судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических центров (бюро).

1. Общие положения

1.1. Для обеспечения регистрации смерти в перинатальном периоде и мертворождения учреждением здравоохранения выдается “Врачебное свидетельство о перинатальной смерти” (форма № 106-2/у).

1.2. Сообщение в органы регистрации актов гражданского состояния о мертворождении, о рождении и смерти ребенка, который умер на первой неделе жизни, возлагается на руководителя учреждения здравоохранения:

- а) в котором находилась мать во время родов или умер новорожденный;
- б) врачи которого оказывали медицинскую помощь при родах дома или установили смерть новорожденного дома;
- в) на руководителя центра (бюро) судебно-медицинской экспертизы – в случае установления факта смерти ребенка вне лечебного учреждения (на улице, дома, при отсутствии медицинского наблюдения в другом месте).

2. Порядок выдачи врачебного свидетельства
о перинатальной смерти

2.1. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти заполняется и выдается учреждениями здравоохранения: больницами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, больницами скорой медицинской помощи, перинатальными центрами, роддомами, центрами (бюро) судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими центрами (бюро) на каждый случай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (0-6 суток или 168 часов после рождения).

2.2. В случае смерти детей (плодов) при многоплодных родах врачебное свидетельство о перинатальной смерти заполняется на каждого ребенка (плод) отдельно.

2.3. Во всех случаях перинатальной смерти ребенка (плода) в стационаре, дома или в другом месте для установления причины смерти ребенка (плода) осуществляется вскрытие.

2.4. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти заполняется патологоанатомом в день вскрытия, клинические данные о патологии матери ребенка (плода) во время беременности и родов берутся из медицинской

документации: “Истории родов” – форма № 096/у, “Карты развития новорожденного” – форма № 097/у.

Если ребенок родился вне лечебного учреждения без предоставления медицинской помощи, в случае его смерти на первой неделе жизни, вскрытие проводит судебно-медицинский эксперт, который также заполняет врачебное свидетельство о перинатальной смерти в день вскрытия.

2.5. Запрещается заполнять врачебное свидетельство о перинатальной смерти заочно, без личного установления факта смерти и вскрытия.

2.6. Регистрация в органах регистрации актов гражданского состояния мертворожденных и детей, которые умерли в первые 0-6 суток после рождения, осуществляется учреждением здравоохранения, в котором родился мертворожденный, умер новорожденный. В случаях родов на дому регистрация осуществляется учреждением здравоохранения, медицинский работник которого принимал роды или констатировал смерть новорожденного; в случае, если был найден мертвый ребенок в возрасте 0-6 суток – центром (бюро) судебно-медицинской экспертизы. Регистрация мертворожденного в органах регистрации актов гражданского состояния на основании врачебного свидетельства о перинатальной смерти. Ребенок, который умер на 1-й неделе жизни, должен быть зарегистрирован в органах регистрации актов гражданского состояния как новорожденный на основании медицинского свидетельства о рождении (форма №103/у), затем, если умер, - на основании врачебного свидетельства о перинатальной смерти.

В случае, когда осуществляется вскрытие в патологоанатомическом центре (бюро), местные органы здравоохранения специальным распоряжением устанавливают порядок передачи врачебных свидетельств о перинатальной смерти, заполненных врачами указанных центров (бюро), в учреждения здравоохранения, откуда были доставлены умершие (мертворожденные), для того, чтобы последние обеспечили их регистрацию в органах регистрации актов гражданского состояния.

Захоронение трупов мертворожденных и детей, которые умерли на первой неделе жизни, осуществляется родителями или родственниками ребенка после регистрации учреждением здравоохранения их смерти (мертворождения) в органах регистрации актов гражданского состояния. При отказе родителей провести захоронение ребенка, который умер в перинатальном периоде (мертворожденный), захоронение осуществляется учреждением здравоохранения.

2.7. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти может быть подано в органы регистрации актов гражданского состояния с отметкой “окончательное”, “предварительное”, “взамен предварительного”, “взамен окончательного”. Врачебное свидетельство о смерти с пометкой “предварительное” выдается в тех случаях, когда для установления или уточнения причины смерти нужно провести дополнительные исследования. Оно заполняется в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Новое врачебное свидетельство о перинатальной смерти с пометкой “взамен предварительного” выдается после уточнения причины

смерти, первый экземпляр его передается учреждением здравоохранения непосредственно в местные органы статистики в течение 27 дней с момента заполнения “предварительного” врачебного свидетельства. Второй экземпляр остается в учреждении здравоохранения.

Если было выдано врачебное свидетельство о перинатальной смерти с пометкой “окончательное”, но выявилась ошибка, также в 2-х экземплярах заполняется новое врачебное свидетельство о перинатальной смерти “взамен окончательного врачебного свидетельства о перинатальной смерти №- ” и, первый экземпляр которого предоставляется учреждениями здравоохранения в местные органы статистики в течение 27 дней с момента заполнения “окончательного” врачебного свидетельства. Второй - остается в учреждении здравоохранения.

2.8. В случае неправильного заполнения оба экземпляра врачебных свидетельств о перинатальной смерти перечеркиваются, делается запись “аннулировано”, и экземпляры остаются в учреждении здравоохранения.

2.9. Номер врачебного свидетельства о перинатальной смерти и причина смерти, которая записана во врачебном свидетельстве, должны быть указаны в “Карте развития новорожденного” (форма № 097/у), “Акте судебно-медицинского исследования (обследования)” (форма №171/у), «Заключение эксперта» (форма № 170/у).

В вышеуказанных документах должно быть отмечено, какими органами регистрации актов гражданского состояния проведена регистрация рождения, смерти, с указанием даты регистрации и номера соответствующей актовой записи.

2.10. Главный врач учреждения здравоохранения назначает врача, ответственного за качество заполнения врачебных свидетельств о перинатальной смерти, который в случае выявления дефектов обязан:

а) уточнить данные с врачом, который выдал врачебное свидетельство о перинатальной смерти по первичной медицинской документации и обеспечить правильное заполнение окончательного врачебного свидетельства о перинатальной смерти, первый экземпляр которого представить в органы статистики в течение 27 дней;

б) обеспечить рассмотрение и разбор неправильно заполненных врачебных свидетельств о перинатальной смерти на врачебных конференциях, совещаниях;

Врач, который отвечает за качество заполнения врачебных свидетельств о перинатальной смерти, не имеет права самостоятельно вносить изменения и дополнения в них.

3. Порядок заполнения врачебного свидетельства о перинатальной смерти

3.1. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти заполняется в 2-х экземплярах с обеих сторон.

3.2. Бланки врачебных свидетельств о перинатальной смерти брошюруются и в виде книги хранятся у руководителя учреждения здравоохранения, его заместителя или врача, отвечающего за качество заполнения.

3.3. При заполнении бланка подчиненность учреждения здравоохранения отмечается в соответствии с ведомственной принадлежностью.

3.4. В верхнем углу штампа обязательно проставляется идентификационный код учреждения здравоохранения.

3.5. Врачебные свидетельства о смерти нумеруются путем указания порядкового номера свидетельства. Номера на обоих экземплярах свидетельства должны быть идентичными.

3.6. Заполнение врачебного свидетельства о перинатальной смерти осуществляется путем вписывания необходимых сведений, подчеркивания соответствующих обозначений и заполнения клеток.

3.7. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти заполняется шариковой ручкой разборчивым почерком. Запись в обоих экземплярах врачебного свидетельства должна быть идентичной.

3.8. Первый экземпляр заполненного врачебного свидетельства о перинатальной смерти для регистрации смерти новорожденного и для регистрации мертворождения передается в органы регистрации актов гражданского состояния. Второй экземпляр врачебного свидетельства о перинатальной смерти остается в учреждении здравоохранения.

3.9. Во врачебном свидетельстве о перинатальной смерти путем подчеркивания делается отметка о характере свидетельства: “окончательное”, “предварительное”, “взамен предварительного”, “взамен окончательного”.

3.10. Следует заполнять все пункты врачебного свидетельства, при отсутствии тех или других сведений следует записать “неизвестно”, “не установлено”.

Обязательно указывается, родился живой ребенок или мертворожденный. Если ребенок родился живым, обязательно отмечается его пол.

Пункт 21 врачебного свидетельства о перинатальной смерти предусматривает запись как причины смерти ребенка (плода), так и патологии материнского организма, которая неблагоприятно повлияла на плод.

Запись причины смерти ребенка (мертворожденного) осуществляется в пяти разделах пункта 21, отмеченных буквами от “а” до “г”.

В строку “а” вносят основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), которые обусловили смерть; в строку “б” – другие заболевания или патологические состояния у ребенка, которые способствовали смерти; в строку “в” – основное заболевание (или состояние) матери, которое оказало наиболее неблагоприятное действие на новорожденного (плод); в строку “г” записывают другие заболевания матери (или состояние матери), которые могли способствовать смерти ребенка (плода). В строку “а” и “в” записывается только одно заболевание. Если невозможно установить заболевание (состояние) матери или состояния, которые могли бы оказывать неблагоприятное действие на ребенка (плод), следует записать в строки “в” и “г” – “не известны”, “не установлены”. Строка “г” предусмотрена для констатации обстоятельств, которые привели к смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны данные об операциях, оперативной

помощи, осуществленных с целью родоразрешения.

При смерти от внешней причины в строке “а” указывается непосредственная причина смерти ребенка. В строке “в” – обстоятельства, которые обусловили непосредственную причину смерти ребенка.

В пунктах “а” и “в” используют только один код, а для кодировки состояний, записанных в пунктах “б” и “г”, следует использовать столько кодов, сколько указано состояний в свидетельстве.

Пример:

- | | |
|---|-------|
| а) Внутривенное кровоизлияние в результате гипоксии 2-й степени | P52.1 |
| б) Респираторный дистресс - синдром | P22.0 |
| в) Недостаточность плаценты | P02.2 |
| г) Бактериурия при беременности | P00.1 |
| г) Роды путем кесарева сечения на 34-й неделе беременности | O82.8 |

В каждую строку записывается только одно заболевание или патологическое состояние.

3.11. Если родители принадлежат к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, нужно в пункте 23 врачебного свидетельства о перинатальной смерти отметить отдельно для матери и отца категорию и серию удостоверения.

В случае непричастности матери или отца к лицам, которые пострадали от Чернобыльской катастрофы, нужно записать в пункте 23 “не пострадал”.

3.12. Записи на обоих бланках врачебного свидетельства о перинатальной смерти должны быть идентичными. Документ подписывается врачом, который лично его заполнил, и удостоверяется круглой печатью учреждения.

3.13. Своей подписью на бланке медицинского свидетельства о перинатальной смерти мать дает согласие на использование информации о ее медицинских данных. В случае ее отказа пункты 12, 13, 14, 15 и подпункты «в», «г» пункта 21 свидетельства о перинатальной смерти не заполняются. На бланке делается отметка “не согласна”.

3.14. Одновременно при выдаче врачебного свидетельства о перинатальной смерти врач заполняет справку о причине смерти в одном экземпляре и выдает родителям или другим лицам для захоронения, в случае, если ими осуществляется захоронение ребенка. Номера справки о причине смерти и врачебного свидетельства о перинатальной смерти должны быть идентичными. Справка удостоверяется круглой печатью учреждения.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

14. Длительность нынешней беременности _____ полных недель.

15. Ребенок (плод) родился при одноплодных родах – 1, первым из двойни – 2, вторым из двойни – 3, других многоплодных родах – 4 (подчеркнуть)

16. Масса ребенка (плода) при рождении _____ г.

17. Рост ребенка (плода) _____ см.

18. Ребенок (плод) родился: доношенным – 1, недоношенным – 2, переношенным – 3 (подчеркнуть).

19. Смерть ребенка (плода) наступила: к началу родовой деятельности – 1, во время родов – 2, после родов – 3, неизвестно – 4 (подчеркнуть).

20. Смерть ребенка (плода) наступила: от заболевания – 1, от причины смерти неуточненной – 2, несчастного случая – 3, приступа – 4, повреждения с неопределенным намерением – 5, осложнения в результате медпомощи – 6 (подчеркнуть).

21. Причина перинатальной смерти: а) основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), которые стали причиной смерти (указывается одно заболевание) _____

б) другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода) _____

в) основное заболевание или патологическое состояние матери (состояние последа), негативно повлиявшего на ребенка (плод) _____

г) другие заболевания или патологические состояния матери (состояние последа), негативно повлиявшие на ребенка (плод) _____

д) другие обстоятельства, которые имели отношение к смерти _____

22. Причина смерти (мертворождения) установлена: а) врачом, который засвидетельствовал смерть, – 1, врачом, который принимал роды, – 2, врачом, который лечил ребенка, – 3, патологоанатомом – 4, судебно-медицинским экспертом – 5 (подчеркнуть);

б) на основании осмотра трупа – 1, записи в медицинской документации – 2, предшествующего наблюдения – 3, вскрытия – 4 (подчеркнуть).

23. Если родители являются лицами, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, указать категорию и серию удостоверения:

а) мать: категория _____ серия _____

б) отец: категория _____ серия _____

С вышеизложенным согласна _____ (фамилия, имя, отчество матери) _____ (подпись)

Фамилия, имя, отчество должность врача, который выдал свидетельство _____

_____ (подпись врача)

Руководитель учреждения
здравоохранения

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

_____ (подпись)

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики

линия отреза



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от « 09 » 01 2015г. № 12

ИНСТРУКЦИЯ
о заполнении и выдаче медицинского свидетельства
о рождении (форма №103/у)

Инструкция обязательна для всех учреждений здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

1. Общие положения

1.1. Для обеспечения регистрации рождения ребенка в органах регистрации актов гражданского состояния учреждение здравоохранения выдает "Медицинское свидетельство о рождении", форма № 103/у.

1.2. Медицинское свидетельство о рождении выдается кому-либо из родителей или другим лицам, которые будут осуществлять регистрацию рождения ребенка, всеми учреждениями здравоохранения, где принимаются роды.

В случае рождения ребенка вне учреждения здравоохранения при регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния факт рождения ребенка подтверждается медицинской справкой о пребывании ребенка под наблюдением учреждения здравоохранения (форма № 103-1/у) и двумя свидетелями (в случае их наличия).

1.3. При многоплодных родах медицинское свидетельство о рождении заполняется на каждого ребенка отдельно.

1.4. Первый экземпляр медицинского свидетельства о рождении выдается кому-либо из родителей или другим лицам, которые будут осуществлять регистрацию рождения ребенка, второй экземпляр медицинского свидетельства о рождении остается в учреждении здравоохранения.

В случае смерти ребенка в период 0-6 суток после рождения заполняются медицинское свидетельство о рождении ребенка (форма №103/у) и врачебное свидетельство о перинатальной смерти (форма №106-2/у). В случае мертворождения выдается медицинское свидетельство о перинатальной смерти, медицинское свидетельство о рождении не выдается.

В случае, если умерший ребенок в возрасте 0-6 суток, был найден, для регистрации его рождения в органах регистрации актов гражданского состояния медицинское свидетельство о рождении выдает учреждение здравоохранения, на территории которого расположено бюро судебно-медицинской экспертизы. Медицинское свидетельство о рождении выдается на основании сообщения о найденном ребенке, которое направляет бюро судебно-медицинской экспертизы в учреждение здравоохранения. Судебно-медицинский эксперт выдает медицинское свидетельство о перинатальной смерти (форма №106-2/у).

1.5. Руководитель учреждения здравоохранения обеспечивает контроль за правильным заполнением и своевременной выдачей медицинских свидетельств о рождении.

1.6. В случае потери медицинского свидетельства о рождении выдается новое свидетельство с пометкой "дубликат". Дубликат медицинского свидетельства о рождении выдается на основании письменного заявления лица, которое получило оригинал, или другого лица, которое будет проводить регистрацию ребенка. Дубликат заполняется в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Второй экземпляр дубликата и заявление о его получении остаются в учреждении здравоохранения.

1.7. Неправильно заполненные экземпляры медицинских свидетельств о рождении перечеркиваются и остаются в книге. Делается запись "аннулировано".

2. Порядок заполнения медицинских свидетельств о рождении

2.1. Бланки медицинских свидетельств о рождении брошюруются и в виде книги хранятся у руководителя учреждения здравоохранения или его заместителя.

2.2 При заполнении бланка подчиненность медицинского учреждения отмечается в соответствии с ведомственной принадлежностью.

2.3. Медицинское свидетельство о рождении заполняется в 2-х экземплярах шариковой ручкой разборчивым почерком.

2.4. В верхнем углу штампа обязательно проставляется идентификационный код учреждения здравоохранения.

2.5. Медицинские свидетельства о рождении нумеруются путем указания порядкового номера свидетельства. Номера на обоих экземплярах свидетельства должны быть идентичными.

2.6. В медицинском свидетельстве о рождении врач (фельдшер, акушерка) записывает полное наименование медицинского учреждения, его местонахождение, фамилию, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), который выдал медицинское свидетельство.

2.7. Лицо, которое заполняет медицинское свидетельство о рождении, записывает фамилию, имя, отчество матери ребенка и ее место жительства, место рождения ребенка, дату рождения (год, месяц, число, время), пол, вес ребенка.

2.8. Записи в обоих экземплярах медицинского свидетельства о рождении должны быть идентичными.

2.9. В медицинское свидетельство о рождении согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, введены пункты 1-9 раздела II.

Эти сведения заполняются на основании документов, которые используются в учреждениях здравоохранения, а именно: "Истории родов" - форма № 096/у, "Карты развития новорожденного" - форма № 097/у.

2.10. Если родители относятся к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, в пункте 10 раздела II для каждого из родителей следует указать категорию и серию удостоверения. В случае непричастности одного из родителей к лицам, которые пострадали от Чернобыльской катастрофы, в пункте 10 делается отметка "не пострадал".

2.11. Запись о выдаче медицинского свидетельства о рождении с указанием его номера и даты выдачи должна быть сделана в "Карте развития новорожденного" (форма № 097/у).

2.12. Своей подписью на бланке медицинского свидетельства о рождении мать дает согласие на использование информации о ее медицинских данных. В случае ее отказа эта часть свидетельства не заполняется. На бланке делается отметка "не согласна".

2.13. Свидетельство удостоверяется подписью врача (фельдшера, акушерки), получателя и круглой печатью учреждения, в котором состоялись роды.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
09.01.2015 № 12

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) заведения здравоохранения, где заполняется форма	
Код по ЕГРПОДНР	Форма первичной учетной документации
	№ 103/у
	УТВЕРЖДЕНО
	Приказ МЗ ДНР
	0 9 0 1 2 0 1 5 № 1 2

Медицинское свидетельство о рождении № _____
(выдается для регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния)

Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ г.

I. Я, врач (фельдшер, акушерка)

этим подтверждаю, что у гражданки

которая проживает по _____ государству _____ республика, область _____ адресу:

район _____ населенный пункт _____ улица _____ дом № _____ кв № _____ в _____

наименование лечебного учреждения, дома, другом месте _____

родился (ась): год _____ месяц _____ число _____ время _____

ребенок: мальчик, девочка (подчеркнуть) весом _____ граммов

II. Специальные сведения:

1. Ребенок родился: доношенным, недоношенным, переношенным (подчеркнуть), на _____ неделе беременности.
2. Ребенок родился при одноплодных родах, первым из двойни, вторым из двойни, при многоплодных родах (подчеркнуть)
3. Какая по счету данная беременность _____
4. Какие роды по счету _____
5. Сколько у матери живых детей _____
6. Дата последних предыдущих родов (месяц, год) _____
7. Число предыдущих беременностей, которые закончились, рождением живого ребенка _____, мертворождением _____, непроизвольным выкидышем _____, искусственным бортом _____
8. Чем закончилась предыдущая беременность: рождением живого ребенка, мертворождением, непроизвольным выкидышем, искусственным абортom (подчеркнуть).
9. Родители ребенка находятся в зарегистрированном браке, мать ребенка в зарегистрированном браке не состоит (подчеркнуть)
10. Если родители являются лицами, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, указать категорию и серию удостоверения:

а) мать: категория _____ серия _____
б) отец: категория _____ серия _____

Подпись врача (фельдшера, акушерки) _____

(подпись)

С вышеизложенным согласна _____

(фамилия, имя, отчество матери)

(подпись)

Подпись получателя свидетельства _____

(фамилия, имя, отчество)

М. П. _____

(подпись)

К сведению родителей:

- Регистрация ребенка в органах регистрации актов гражданского состоянию обязательная и должна быть проведена не позже одного месяца со дня рождения ребенка.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от « 09 » 01 2015г. № 12

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению и выдаче медицинской справки
о пребывании ребенка под наблюдением учреждения
здравоохранения (форма №103-1/у)

Инструкция является обязательной для всех учреждений здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности.

1. Общие положения

1.1. Для обеспечения регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния рождения ребенка, который родился вне лечебного учреждения, а также для обеспечения регистрации рождения ребенка после окончания 1 года со дня рождения и по достижению им 16 лет (в случае, если ребенок находился под наблюдением медицинского учреждения) учреждение здравоохранения выдает "Медицинскую справку о пребывании ребенка под наблюдением лечебного учреждения", форма № 103-1/у (далее - медицинская справка).

1.2. Медицинская справка выдается одному из родителей или другим лицам, которые будут осуществлять регистрацию ребенка, учреждением здравоохранения, на учете которого находился новорожденный.

1.3. При многоплодных родах медицинская справка заполняется на каждого ребенка отдельно.

1.4. Первый экземпляр медицинской справки о пребывании ребенка под наблюдением учреждения здравоохранения выдается одному из родителей или другим лицам, которые будут осуществлять регистрацию ребенка, второй экземпляр остается в учреждении здравоохранения.

В случае смерти ребенка, который родился вне лечебного учреждения, в период 0-6 суток после рождения заполняется медицинская справка о пребывании ребенка под наблюдением лечебного учреждения - форма №103-1/у и свидетельство о перинатальной смерти - форма №106-2/у. В случае мертворождения медицинская справка не заполняется, судебно-медицинский эксперт заполняет врачебное свидетельство о перинатальной смерти - форма № 106-2/у.

1.5. Руководитель учреждения здравоохранения обеспечивает контроль за правильным заполнением и своевременной выдачей медицинских справок.

1.6. В случае утери медицинской справки выдается новая медицинская справка с пометкой "дубликат". Дубликат медицинской справки выдается на основании письменного заявления лица, которое получило оригинал, или другого лица, которое будет осуществлять регистрацию ребенка. Дубликат заполняется в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Второй экземпляр дубликата и заявление о его получении остаются в учреждении здравоохранения.

2. Порядок заполнения медицинской справки о пребывании ребенка под наблюдением лечебного учреждения

2.1. Бланки медицинских справок брошюруются и в виде книги хранятся у руководителя учреждения здравоохранения или его заместителя.

2.2. При заполнении справки подчиненность учреждения здравоохранения отмечается в соответствии с ведомственной принадлежностью.

2.3. Медицинская справка заполняется в 2-х экземплярах на бланках формата А5 шариковой ручкой разборчивым почерком, запись в обоих экземплярах медицинской справки должна быть идентичной.

2.4. В верхнем углу штампа обязательно проставляется идентификационный код учреждения здравоохранения.

2.5. Медицинские справки нумеруются путем указания порядкового номера справки. Номера на обоих экземплярах справки должны быть идентичными.

2.6. Неправильно заполненные экземпляры медицинских справок перечеркиваются и остаются в учреждении здравоохранения. Делается запись "аннулировано".

2.7. Медицинская справка заполняется врачом, под наблюдением которого находится ребенок (новорожденный), удостоверяется подписью руководителя данного учреждения здравоохранения. Лицо, которое заполняет медицинскую справку, записывает паспортные данные матери ребенка и ее местожительство по паспорту; со слов матери указывается дата рождения ребенка (год, месяц, число); отмечается пол ребенка. Сведения о ребенке заполняются на основании "Истории развития ребенка" (форма №112/у), данные о матери заполняются из "Индивидуальной карты беременной и родильницы" (форма №111/у) или на основании "Обменной карты роддома, родильного отделения больницы" (форма №113/у).

2.8. В медицинской справке записываются фамилия, имя, отчество врача, который выдал медицинскую справку, руководителя учреждения и получателя, которые заверяются личной подписью каждого.

2.9. Запись о выдаче медицинской справки о пребывании ребенка под наблюдением учреждения здравоохранения с указанием ее номера и даты выдачи в обязательном порядке вносится в "Историю развития ребенка" (форма №112/у).

2.10. Своей подписью в бланке медицинской справки мать дает согласие на предоставление и использование информации о ее медицинских данных. В случае отказа матери об использовании и предоставлении своих медицинских данных пункты 6,7 не заполняются, а на бланке делается отметка "не согласна".

2.11. При получении справки проставляется дата ее выдачи. Справка удостоверяется печатью учреждения.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
09.01.2015 № 12

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____</p> <p>Код по ЕГРПОДНР _____</p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной документации № 103-1/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНО</p> <p>Приказ МЗ ДНР</p> <p>0 9 0 1 2 0 1 5 № 1 2</p>
---	--

Медицинская справка № _____
о пребывании ребенка под наблюдением учреждения здравоохранения
(выдается для регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния)

Дата выдачи " ____ " _____ в 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество матери новорожденного _____
2. Дата взятия на учет ребенка _____
3. Год, месяц, число рождения (со слов матери) _____
4. Пол ребенка: мальчик, девочка (подчеркнуть)
5. Вес _____ при взятии на учет, длина тела _____
6. Ребенок родился при одноплодных родах, первым из двойни, вторым из двойни, при многоплодных родах (подчеркнуть).
7. Число предыдущих беременностей, которые закончились рождением живого ребенка _____, мертворождением _____, произвольным выкидышем _____, искусственным абортom _____
8. Место жительства матери (адрес): государство _____, республика, область _____, район _____, населенный пункт _____, улица _____ дом № _____, кв. № _____
9. Местонахождение женской консультации, в которой женщина находилась под наблюдением _____
10. Дата взятия на учет в женской консультации _____, срок беременности _____
11. Предполагаемый срок родов _____

С вышеизложенным согласна _____ (фамилия, имя, отчество матери) _____ (подпись)

Подпись врача _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

Подпись руководителя учреждения здравоохранения _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

М. П.

Подпись получателя справки _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

- Медицинская справка выдается в случае рождения ребенка дома или другом месте без оказания медицинской помощи

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от « 09 » 01 2015г. № 12

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению и выдаче врачебного свидетельства о смерти
(форма № 106/у)

Инструкция является обязательной для выполнения всеми учреждениями здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности, для центров (бюро) судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических центров (бюро).

1. Общие положения

1.1. Для обеспечения регистрации смерти в органах регистрации актов гражданского состояния учреждением здравоохранения выдается врачебное свидетельство о смерти (форма № 106/у).

1.2. Врачебное свидетельство о смерти выдается следующими учреждениями здравоохранения: больницами, центрами, территориальными медицинскими объединениями, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, роддомами, санаториями, патолого-анатомическими центрами (бюро), центрами (бюро) судебно-медицинской экспертизы.

1.3. В городах, поселках городского типа, населенных пунктах, расположенных в сельской местности в учреждениях здравоохранения, где работают не менее двух врачей, выдаются исключительно врачебные свидетельства о смерти. В сельских населенных пунктах в учреждениях здравоохранения, где работает только один врач, в случае его отсутствия (болезнь, отпуск и прочее), фельдшером (акушеркой) выдается фельдшерская справка о смерти (форма № 106-1/у).

В случаях смерти детей в возрасте 0-6 суток и мертворождения учреждениями здравоохранения заполняется врачебное свидетельство о перинатальной смерти (форма № 106-2/о), врачебное свидетельство о смерти в этих случаях не выдается.

2. Порядок выдачи врачебного свидетельства о смерти

2.1. Первый экземпляр врачебного свидетельства о смерти выдается родственникам умершего или другим лицам, которые обязались похоронить умершего, второй экземпляр врачебного свидетельства о смерти остается в учреждении здравоохранения. Выдача трупа без врачебного свидетельства о смерти запрещается. В случае захоронения умершего учреждением здравоохранения последнее обязательно заполняет врачебное свидетельство о смерти и передает его в органы регистрации актов гражданского состояния не позднее трех суток со дня смерти.

В случае утраты врачебного свидетельства о смерти выдается новое

свидетельство с пометкой "дубликат" на основании письменного заявления лица, которое получило оригинал, или другого лица, которое обязалось похоронить умершего. Дубликат заполняется в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Первый экземпляр дубликата выдается родственникам умершего или лицу, которое обязалось похоронить умершего, второй экземпляр вместе с заявлением о его получении остается в учреждении здравоохранения.

2.2. Врачебное свидетельство о смерти выдается врачом учреждения здравоохранения, который лечил умершего, на основании наблюдения за больным и записей в медицинской документации, которые отображали состояние больного до момента его смерти, или патологоанатомом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия.

2.3. В случае, если смерть наступила в результате действия внешних факторов (травмы, асфиксии, действия крайних температур, электрического тока, отравлений и прочее), после искусственного аборта, проведенного вне учреждения здравоохранения, смерти на производстве, при внезапной смерти детей первого года жизни и других лиц, которые не находились под медицинским наблюдением, умерших, личность которых не установлена, а также в тех случаях, когда есть подозрение на насильственную смерть, врачебное свидетельство о смерти выдается судебно-медицинским экспертом после вскрытия.

2.4. Запрещается выдача врачебного свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти. В исключительных случаях свидетельство о смерти может быть выдано врачом, который установил смерть только на основании осмотра трупа (при отсутствии признаков или подозрения на насильственную смерть) и данных медицинской документации о наличии у умершего при жизни болезней, течение которых могло привести к наступлению смерти.

Патологоанатом, как правило, выдает врачебное свидетельство о смерти на основании вскрытия трупов.

2.5. Руководитель учреждения здравоохранения обеспечивает контроль за достоверностью заполнения врачебных свидетельств о смерти, своевременностью их выдачи родственникам умершего и лицам, которые имеют право на его получение, передачей его в органы регистрации актов гражданского состояния в случаях захоронения умершего учреждением здравоохранения.

2.6. Врачебное свидетельство о смерти выдается обязательно с пометкой "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного", "взамен окончательного".

Врачебное свидетельство о смерти с пометкой "предварительное" выдается в тех случаях, когда для установления или уточнения причины смерти нужно провести дополнительные исследования. После уточнения причины смерти заполняется новое врачебное свидетельство с пометкой "взамен предварительного" также в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Первый экземпляр передается учреждением здравоохранения

непосредственно в местные органы статистики в течение 27 дней с момента заполнения "предварительного" врачебного свидетельства. Второй экземпляр остается в учреждении здравоохранения.

Если было выдано врачебное свидетельство о смерти с пометкой "окончательное" и была выявленная ошибка в записи диагноза, необходимо заполнить новое врачебное свидетельство в двух экземплярах "взамен окончательного врачебного свидетельства о смерти № – ", первый экземпляр которого учреждения здравоохранения передают в местные органы статистики в течение 27 дней с момента заполнения "окончательного" врачебного свидетельства. Второй экземпляр остается в учреждении здравоохранения.

На основании письменного заявления допускается выдача копии второго экземпляра врачебного свидетельства о смерти, которое было заполнено с пометкой "взамен предварительного", родственникам умершего в случае обращения их в учреждения здравоохранения в течение одного года после его смерти, если были проведены дополнительные исследования для уточнения причины смерти.

2.7. Неправильно заполненные экземпляры врачебных свидетельств о смерти перечеркиваются с записью "аннулировано" и остаются в учреждении здравоохранения.

2.8. Приказом руководителя здравоохранения в каждом учреждении, осуществляющем выдачу врачебного свидетельства о смерти, из числа врачей назначается ответственный за проверку полноты и качества заполнения врачебного свидетельства о смерти. Врач, ответственный за проверку качества заполнения врачебных свидетельств о смерти, в случае, если он выявил ошибки в заполнении врачебного свидетельства о смерти, обязан:

а) уточнить расхождения с врачом, который выдал врачебное свидетельство о смерти по первичной медицинской документации и обеспечить правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти. В этом случае выдается врачебное свидетельство о смерти (взамен окончательного № __), первый экземпляр которого направляется в соответствующие органы статистики, второй экземпляр остается в учреждении здравоохранения;

б) обеспечить рассмотрение неправильно заполненных врачебных свидетельств о смерти на врачебных конференциях, совещаниях.

Врач, ответственный за данный раздел работы, не имеет права самостоятельно вносить изменения и дополнения во врачебные свидетельства о смерти.

3. Порядок заполнения врачебного свидетельства о смерти

3.1. Бланки обоих экземпляров врачебных свидетельств о смерти брошюруются и в виде книги хранятся у руководителя учреждения здравоохранения, его заместителя либо у врача, ответственного за их выдачу.

3.2. Врачебное свидетельство о смерти заполняется в 2-х экземплярах с обеих сторон.

3.3. При заполнении бланка подчиненность медицинского учреждения отмечается в соответствии с ведомственной принадлежностью.

3.4. В верхнем углу штампа обязательно проставляется код учреждения здравоохранения.

3.5. Врачебные свидетельства о смерти нумеруются путем указания порядкового номера свидетельства. Номера на обоих экземплярах свидетельства должны быть идентичными.

3.6. Заполнение врачебного свидетельства о смерти осуществляется путем подчеркивания, вписывания необходимых сведений и заполнения клеток соответствующими обозначениями.

3.7. Врачебное свидетельство о смерти заполняется шариковой ручкой разборчивым почерком. Запись в обоих экземплярах должна быть полностью идентичной.

3.8. Заполнению подлежат все пункты врачебного свидетельства о смерти. При отсутствии тех или других сведений нужно отметить: "неизвестно", "не установлено".

3.9. В пункте 7 врачебного свидетельства о смерти указывается постоянное место жительства умершего в соответствии с паспортными данными или справкой о регистрации места жительства или места пребывания. В случае ее отсутствия нужно отметить: "неизвестно". Нельзя указывать временное место жительства умершего или местонахождение учреждения здравоохранения.

3.10. Пункт 9 врачебного свидетельства о смерти заполняется следующим образом:

– если основная причина смерти кодируется в пределах I-XVII классов по Международной статистической классификации болезней и родственных проблем здравоохранения десятого пересмотра (далее МКБ-10), выбирается – 1 (заболевание);

– если основная причина смерти кодируется в пределах XVIII класса по МКБ-10, выбирается - 2 (неуточненные причины смерти);

– если основная причина смерти кодируется в пределах классов V01-X59 по МКБ-10, выбирается – 3, 4 (несчастный случай вне производства, несчастный случай в связи с производством);

– если основная причина смерти кодируется в пределах класса X60-X84 по МКБ-10, выбирается – 5 (умышленное самоповреждение);

– если основная причина смерти кодируется в пределах классов X85-Y09 по МКБ-10, выбирается – 6 (последствия нападения);

– если основная причина смерти кодируется в пределах класса Y10-Y34 по МКБ-10, выбирается – 7 (случаи повреждения с неопределенным намерением);

– если основная причина смерти кодируется в пределах класса Y35-Y36 по МКБ-10, выбирается – 8 (повреждение в результате действий, предусмотренных законом, и военных операций);

– если основная причина смерти кодируется в пределах класса Y40-Y84 по МКБ-10, выбирается – 9 (осложнение в результате терапевтической и хирургической помощи);

– если основная причина смерти кодируется в пределах класса Y85-Y89 по МКБ-10, выбирается – 10 (отдаленные последствия внешних причин заболеваемости и смертности).

3.11. В пункте 11 врач указывает свои фамилию, имя, отчество, должность и отмечает основание, которое дает возможность определить последовательность патологических процессов, которые привели к смерти, и указывает причину смерти.

Основной (первичной) причиной смерти нужно считать болезнь или травму, которая привела к развитию болезненных процессов, повлекших за собой смерть, или последствия несчастного случая, насилие, которое стало причиной смерти.

В части I пункта 11 в строке "а" записывается заболевание или состояние, которое непосредственно привело к смерти, в строках "б", "в", "г" отмечаются патологические состояния (если они были), обусловившие непосредственную причину смерти (упомянутую выше); основная причина смерти указывается в последнюю очередь. Под непосредственной причиной смерти нужно понимать заболевание или состояние, непосредственно вызвавшие смерть.

В некоторых случаях основное заболевание и непосредственная причина смерти могут совпадать.

В каждой строке должно быть записано только одно заболевание или патологическое состояние.

Указание приблизительного интервала (минуты, часы, недели, месяцы или годы) между началом заболевания и смертью помогает врачу правильно выбрать код причины смерти.

В части II свидетельства записываются другие существенные состояния или заболевания, которые способствовали наступлению смерти, но не были связаны с болезнью или состоянием, непосредственно приведших к смерти, т.е. конкурирующие, сочетанные или фоновые заболевания.

Код по МКБ-10 в квадратике слева на врачебном свидетельстве о смерти проставляет тот врач, который непосредственно заполняет свидетельство.

3.12. При записи заболевания нельзя допускать неточностей, ограничиваться общими выражениями или указанием симптомов вместо полного диагноза, а также использовать аббревиатуру, сокращение и тому подобное. Нужно указать форму, стадию, локализацию заболевания.

3.13. Запись причины смерти производится врачом (фельдшером) в двух частях пункта 11 медицинского свидетельства о смерти.

Часть I подразделена на 4 строки: «а)», «б)», «в)», «г)».

Если определена цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, и обстоятельства несчастного случая или акта насилия, то порядок записей в строках должен быть следующий:

а) непосредственная причина смерти, т.е. заболевание, травма или другое состояние, непосредственно приведшее к смерти;

б) промежуточная причина смерти, т.е. промежуточное патологическое состояние (промежуточное звено), которое привело к возникновению непосредственной причины смерти;

в) первоначальная (основная) причина смерти, т.е. заболевание, травма или состояние, явившееся началом цепи болезненных процессов, приведших к смерти.

г) внешняя причина смерти.

Во II части пункта 11 записываются прочие важные заболевания и состояния (конкурирующие сочетанные и фоновые заболевания), способствующие смерти, но не связанные непосредственно с первоначальной причиной смерти.

В случаях смерти от заболеваний для записи причин смерти используются только первые три строки: «а)», «б)» и «в)», а строка «г)» остается свободной.

Кодированию подлежит только первоначальная (основная) причина смерти.

В случаях смерти от травм (отравлений) их вид или характер, а также цепь болезненных процессов, приведших к смерти, вписываются в строки: «а)», «б)», «в)» соответственно, а внешняя причина - в строку «г)». В этом случае кодированию подлежат две строки: одна строка, на которой указана первоначальная причина смерти от травмы (отравления) по ее виду или характеру (XIX класс МКБ-10), вторая строка - это всегда строка «г)», на которой указана внешняя причина травмы или отравления (XX класс МКБ-10).

Для госпитализированных больных, когда пациент находится под постоянным наблюдением врача (фельдшера), установить цепь событий, приведших к смерти, не представляется трудным и запись в строках будет последовательной и полной, т.е. все строки будут заполнены.

Если не удастся установить полностью или частично цепь событий, приведших к смерти, то запись первоначальной причины смерти может закончиться на строке «а)», когда заболевание (травма) само по себе явилось первоначальной причиной смерти.

Запись может закончиться на строке «б)», когда установлен частичный механизм событий, приведших к смерти.

Необходимо помнить, что в каждой строке должен быть записан только один диагноз, а строки заполняются сверху вниз без пропусков.

Примеры заполнения п. 11 медицинского свидетельства о смерти:

Пример 1:

- I. а) Гнойный менингит
- б)
- в)
- г)

II.

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Бактериальный менингит неуточненный» (G00.9).

Пример 2:

- I. а) Пневмония
- б) Корь
- в)
- г)

II.

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Корь, осложненная пневмонией» (B05.2).

Пример 3:

- I. а) Уремия
б) Атеросклеротический нефросклероз
в) Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением почек
г)

II.

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Гипертензивную болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью» (I12.0).

Пример 4:

- I. а) Хроническая сердечная недостаточность
б) Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца
в)
г)

II. Хронический астматический бронхит

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Гипертензивную болезнь с преимущественным поражением сердца с сердечной недостаточностью» (I11.0).

Пример 5:

- I. а) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда
б)
в)
г)

II. Генерализованный атеросклероз

Для кодирования отбирается «Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда» (I21.0).

Пример 6:

- I. а) Отек легких
б) Повторный инфаркт нижней стенки миокарда
в)
г)

II. Сахарный диабет инсулинозависимый

Для кодирования отбирают «Повторный инфаркт нижней стенки миокарда» (I22.1).

Пример 7:

- I. а) Отек головного мозга
б) Острое нарушение мозгового кровообращения
в)
г)

II. Хроническая ишемическая болезнь сердца: диффузный атеросклеротический кардиосклероз.

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт» (I64).

Пример 8:

- I. а) Опухолевая интоксикация
б) Множественные метастазы опухоли в легкие
в) Рак печеночного угла толстого кишечника IV стадия
г)

II. Хронический пиелонефрит

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Злокачественное новообразование печеночного изгиба ободочной кишки» (C18.3).

Пример 9:

- I. а) Острая постгеморрагическая анемия
б) Массивное кровотечение в желудочно-кишечный тракт
в) Хроническая язвенная болезнь желудка
г)

II. Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Язву желудка», хроническую с кровотечением (K25.4).

Пример 10:

- I. а) Легочно-сердечная недостаточность
б) Диффузный пневмосклероз
в) Бронхоэктатическая болезнь
г)

II. Атеросклероз коронарных сосудов

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Бронхоэктатическую болезнь»(J47.9).

3.14. При заполнении строк медицинского свидетельства нельзя допускать неопределенности диагноза и медицинских терминов, ограничиваться признаками и симптомами заболевания (травмы).

При определении кода первоначальной причины смерти необходимо учитывать следующее: характер или форму течения болезни (травмы); этиологию и патогенез; стадию; степень тяжести; вид осложнений; четкую локализацию патологии; морфологическое подтверждение (при новообразовании); бактериологическое (рост культуры, бактериоскопия) или гистологическое подтверждение (при туберкулезе); внешнюю причину и длительность течения патологии (при травме). Кроме того, необходимо знать, какая это патология: врожденная или приобретенная, первичная или вторичная; открытый или закрытый перелом.

Данные элементы диагноза существенно влияют на кодирование первоначальной причины смерти и отнесение ее к таким рубрикам и подрубрикам международной статистической классификации, которые характеризуют высокое качество диагностического процесса и достоверность причин смерти.

3.15. В случаях смерти от травмы для заполнения пункта 11 указывается точная локализация, вид или характер травмы. При переломах необходимо уточнить закрытый он или открытый. В строках: «а)», «б)», «в)» вписывают цепь событий, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строку «г» записывают внешнюю причину этой травмы.

Примечание: При кодировании переломов используется пятизначный код для уточнения характера перелома – открытый или закрытый.

Пример 11:

- I. а) Травматический отек головного мозга
б) Закрытый перелом основания черепа
в)
г) Нападение на улице с применением тупого предмета

II.

В качестве первоначальной причины смерти по характеру травмы должен быть закодирован «Перелом основания черепа, закрытый» (S02.10) и одновременно проставлен второй код по внешней причине «Нападение на улице с применением тупого предмета» (Y00.4).

Пример 12:

- I. а) Сепсис
б) Хронический остеомиелит бедренной кости
в) Последствия перелома правого бедра
г) Последствия падения с балкона квартиры

II. Сахарный диабет инсулиннезависимый

За первоначальную причину смерти по характеру травмы должны быть взяты «Последствия перелома бедра» (T93.1) и проставлен код у строки «в)». Одновременно должен быть проставлен второй код внешних причин «Последствия других несчастных случаев» (Y86.9) у строки «г)».

Примечание: Понятие «последствия» включает состояния, описанные как таковые или как отдаленные проявления, развившиеся через год или более после происшедшего события.

Пример 13:

- I. а) Травматический шок
б) Множественные переломы костей скелета, разрывы внутренних органов
в)
г) Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом

II. Беременность 28 недель

В качестве первоначальной причины смерти по характеру травмы кодируют «Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела» (T06.8), а по внешней причине «Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом» (V75.6).

3.16. При заполнении п. 11 медицинского свидетельства о смерти на умершую беременную, роженицу, родильницу рекомендуется делать записи в следующем порядке.

В случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате вмешательств, неправильного ведения родов и т.д., сведения о причине смерти записываются в части I в строках: «а)», «б)», «в)».

Запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами, послеродовым периодом и отражать характерную патологию для каждого периода, в котором наступила смерть. Например: «угрожающий аборт на 20-ой

неделе беременности», «острая сердечная недостаточность при анестезии во время родов», «послеродовой сепсис»;

Пример 14:

- I. а) Кровотечение
б) Афибриногенемия
в) Медицинский аборт
г)
- II. Беременность 10 недель

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Медицинский аборт», осложнившийся кровотечением (O04.6).

Пример 15:

- I. а) Тромбэмболия легочной артерии
б) Тромбоз глубоких вен дородовый
в)
г)
- II. Беременность 32 недели

В качестве первоначальной причины смерти кодируют «Глубокий флеботромбоз во время беременности» (O22.3).

В случае смерти беременной, роженицы или родильницы от существовавшей у нее ранее болезни или болезни, возникшей в период беременности (сахарный диабет, сердечно-сосудистое заболевание, туберкулез и др.), необходимо руководствоваться следующим.

Если болезнь не связана с непосредственной акушерской причиной, но отягощена физиологическим воздействием беременности или отягощает течение беременности, сведения о причине смерти записываются в части I в строках: «а)», «б)», «в)», но при этом в части II делается запись о беременности и ее сроке.

Во всех случаях смерти женщин во время беременности и в послеродовом периоде в течение 42 дней после родов в части II пункта 11 врачебного свидетельства о смерти делается запись: "_____ недель беременности", "_____ дней послеродового периода", а если смерть женщины наступила в результате причины, связанной с родами после 42-го дня до одного года, то делается запись: "_____ недель после родов".

3.17. Если умерший принадлежит к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, в пункте 13 врачебного свидетельства о смерти нужно отметить категорию и серию удостоверения. Эти сведения записываются на основании удостоверения умершего.

3.18. Оба экземпляра врачебного свидетельства о смерти подписывает врач, который лично его заполнил, и лицо, которое обратилось в учреждение здравоохранения за документом. Обязательно проставляется дата заполнения свидетельства.

3.19. Запись о выдаче врачебного свидетельства о смерти (его дата, номер, причина смерти) должна быть сделана в соответствующих медицинских документах: "Медицинской карте стационарного больного" (форма № 003/у), "Истории родов" (форма № 096/у), "Протоколе/карте патологоанатомического

исследования" (форма № 013/у), "Медицинской карте амбулаторного больного" (форма № 025/у), "Акте судебно-медицинского исследования (обследования)" (форма № 171/у), «Заключение эксперта» (форма № 170/у).

3.20. Свидетельство удостоверяется круглой печатью учреждения только после того, как оно было проверено ответственным врачом, о чем он делает запись в вышеупомянутых медицинских документах.

3.21. Справку о причине смерти заполняет врач и выдает родственникам умершего или другим лицам для захоронения. Она заполняется в одном экземпляре. Номера справки о причине смерти и врачебного свидетельства о смерти должны быть идентичными. Справка заверяется круглой печатью учреждения.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
09.01.2015 № 12

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</p> <hr/> <p>Код по ЕГРПОДНР</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td></tr></table>											<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной документации № 106/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНО</p> <p>Приказ МЗ ДНР</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">0</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">9</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">0</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">1</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">2</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">0</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">1</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">5</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">№</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">1</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;">2</td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td></tr></table>	0	9	0	1	2	0	1	5	№	1	2	
0	9	0	1	2	0	1	5	№	1	2													

Врачебное свидетельство о смерти № ____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____, взамен окончательного № _____)
(выдается для регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния)

" ____ " _____ 20 ____ г.
(дата выдачи)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Пол: М - 1, Ж - 2 (подчеркнуть)

3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____

4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____

5. Для детей, которые умерли в возрасте от 6 дней до 1 месяца:
доношенный - 1, недоношенный - 2 (подчеркнуть).

6. Для детей, которые умерли в возрасте от 6 дней до 1 года, :

а) масса (вес) при рождении _____ г

б) рост при рождении _____ см.

7. Место жительства умершего:
Государство _____, республика, область _____

район _____ город, пгт - 1, село - 2 (подчеркнуть) _____

ул. _____, дом _____, кв. _____

8. Место смерти :

а) государство _____, республика, область _____

район _____, населенный пункт _____
(вписать)

б) смерть наступила: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3 (подчеркнуть)

(вписать, где)

----- линия отреза -----

Справка о причине смерти

(к форме № 106 / у № _____, выдается для захоронения)

Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Возраст умершего _____

3. Дата смерти " ____ " _____ в 20 ____ г.
(число, месяц, год)

4. Причина смерти _____

(основная причина смерти)

Фамилия, имя, отчество врача выдавшего справку _____

" ____ " _____ в 20 ____ г.
(дата выдачи)

М. П.

(подпись врача)

9. Смерть наступила в результате: заболевания - 1, неуточненной причины смерти - 2, несчастного случая вне производства - 3, несчастного случая в связи с производством - 4, умышленного самоповреждения - 5, нападения с целью убийства или нанесения повреждения - 6, случаев повреждения с неопределенным намерением - 7, повреждения в результате действий, предусмотренных законом, и военных операций - 8, осложнения в результате терапевтической и хирургической помощи - 9 отдаленных последствий внешних причин заболеваемости и смертности - 10 (подчеркнуть).

10. Причина смерти установлена: врачом, который только установил смерть, - 1, врачом, который лечил умершего, - 2, патологоанатомом - 3, судебно-медицинским экспертом - 4 (подчеркнуть)

11. Я, врач _____
(фамилия, имя, отчество)
должность _____

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа - 1, записей врача в медицинской документации - 2, предварительного наблюдения за больным - 3, вскрытия - 4 (подчеркнуть) мной определена последовательность патологических процессов (состояний), которые привели к смерти, и установлена такая причина смерти:

I. Болезнь (патологическое состояние), которая привела к смерти, :

а) _____
(непосредственная причина смерти)

б) _____

в) _____

г) _____

Приблизительное
время между
началом
заболевания
и смертью

(в, г-заболевание и патологические состояния, которые обусловили непосредственную причину смерти; основная причина смерти указывается в последнюю очередь)

II. Другие существенные состояния (сочетанные, сопутствующие, фоновые, подчеркнуть), которые способствовали смерти, но не связанные с заболеванием или его осложнением, которое непосредственно является причиной смерти

В случае смерти женщин во время беременности или после родов в период до одного года отметить срок беременности _____, день послеродового периода _____, неделя после родов _____

12 В случаях смерти от травмы, отравления и действия внешних факторов:

а) дата травмы (отравления): год _____, месяц _____, число _____;

б) место и обстоятельства, при которых состоялась травма (отравление) _____

13. Если умерший (ая) относится к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, отметить категорию _____, серию _____ удостоверения (вписать)

Подпись врача, который
заполнил свидетельство

М. П.

" " "

в 20 _____ г.

(фамилия, имя, отчество получателя)

(подпись)

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой