**УТВЕРЖДЕНО**

Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики № 12

от 09.01.2015г.

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 30 от 30.01.2015

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 І 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 ІІ 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Например*** |  | ***Нужно записать:*** |
|  | Нефрит |  | острый (хронический) нефрит |
|  | Рак |  | рак шейки матки |
|  | Почечная колика |  | мочекаменная болезнь |
|  |  |  |  |

 3.9. Примеры заполнения пункта 9 фельдшерской справки о смерти.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***I пример****:* |  |  |
|  | І. | а) острый инфаркт миокарда |  **I21.9** |  |
|  |  | б)--------------------------- |  |  |
|  |  | в)--------------------------- |  |  |
|  | ІІ. | Сахарный диабет инсулинонезависимый |  |  |
|  | ***ІІ пример:*** |  |  |
|  | І. | а) уремия |  |  |
|  |  | б) гипертрофия предстательной железы (аденофиброматозная) |  |
|  |  | в)-------------------------- **N42.8** |  |
|  | ІІ. | Язва желудка |  |  |
|  | ***ІІІ пример:*** |  |
|  | І. | 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

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказом Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики №12

от 09.01.2015г.

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

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) |
|  |  |
|  |  М.П. |
|  | 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 |  | Приблизительное время между началом заболеванияи смертью |  |
|  |  |  |
|  |  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
|  | 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

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ линия отреза \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_