**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

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) | Внутрижелудочковое 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 | О82.8 |

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

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказом 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** | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | **№ 106-2/у** | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | | | | | | | | | | | | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | |
| Код по ЕГРПОДНР | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Врачебное свидетельство о перинатальной смерти № \_\_

(окончательное, предварительное, взамен предварительного №\_\_\_\_, взамен окончательного №\_\_\_\_)

(выдается для регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **“\_\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**  (дата выдачи) | | | | |
|  | 1 - мертворожденный |  | 2 – умер на 1-й неделе жизни | |
|  | 1. Фамилия, имя, отчество умершего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | 2. Пол: М-1, Ж-2 (подчеркнуть). | | | |
|  | 3. Ребенок родился живым (мертворожденным): год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  число \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | | | | |
|  | 4. Ребенок умер: год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, число \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  |  | | |  |
|  | 5. Место смерти (мертворождения): | | |  |
|  | государство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, республика, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город, пгт – 1, село – 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подчеркнуть) | | |  |
|  | 6. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | 7. Смерть (мертворождение) наступила: в стационаре – 1, дома – 2, в другом месте – 3 (подчеркнуть). | | |  |
|  | 8. Дата рождения матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | 10. Место жительства матери умершего ребенка (мертворожденного) | | |  |
|  | государство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ республика, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   город, пгт – 1, село – 2 (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_, кв.\_\_\_\_\_ | | |  |
|  |  | | |  |
|  | 11. Роды приняли:  врач – 1, дипломированная акушерка – 2, фельдшер – 3, другое лицо – 4 (подчеркнуть) | | |  |
|  | 12. Количество предыдущих беременностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_, из них роды живым плодом \_\_\_\_\_\_,   роды мертвым плодом \_\_\_\_\_\_\_\_, аборты \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | 13. Как закончилась предыдущая беременность:  роды живым плодом – 1, роды мертвым плодом – 2, аборты – 3 (подчеркнуть). | | |  |
|  |  | | |  |
|  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ линия отреза \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | |  |
|  | **Справка о причине смерти**  ( к форме № 106-2/у № \_\_\_\_\_\_, выдается для захоронения) | | |  |
|  | Дата выдачи “\_\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ г. | | |  |
|  | 1. Фамилия, имя, отчество умершего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | 2. Дата родов “\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  3. Дата смерти “\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. | | |  |
|  | 4. Причина перинатальной смерти:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (основная причина смерти) | | |  |
|  | Фамилия, имя, отчество врача, который выдал свидетельство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи) М.П. (подпись врача) | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 В.В. Кучковой

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