**УТВЕРЖДЕНО**

Приказом Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 09.01.2015г. № 12

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 30 от 30.01.2015

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 (дальше - 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**

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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | **№ 103-1/у** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код по ЕГРПОДНР | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | **№** | |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 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 \_\_\_\_\_\_, непроизвольным выкидышем \_\_\_\_\_\_\_, искусственным абортом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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