Приложение 31

к приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

02.09.2016 № 1059

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения  |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 106-3/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказом Министерства здравоохранения  |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ТАЛОН СЛУЧАЯ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ** |
| Территория (учреждение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование пунктов** | **Поле для кодировки** |
| **2. Пол** (мужской - 1, женский – 2)  |  |
| **3. Дата мертворождения**  |  |
| **4. Дата госпитализации родильницы в учреждение здравоохранения, в котором родился мертворожденный** |  |
| **5. Учреждение здравоохранения, в котором родился мертворожденный**роддом - 1, республиканская больница - 2, центральная городская больница - 3, центральная районная больница - 4, районная больница - 5, другие учреждения здравоохранения - 6, дома - 7, за пределами учреждения здравоохранения - 8, во время транспортировки СМП - 9, перинатальный центр - 10 |  |
| **6. Смеpть наступила в отделении учреждения здравоохранения**акушерское - 1, гинекологическое - 2, другое - 3, дома - 4 |  |
| **7. Количество койко-дней, проведенных беременной в акушерском отделении до перевода в учреждение здравоохранения высшего уровня**до 3 – 1, до 10 – 2, свыше 10-3 |  |
| **8. Фамилия, имя и отчество матеpи** |  |
| **9. Возраст матеpи** |  |
| **10. Место постоянного пpоживания** (город - 1, село - 2) |  |
| **11. Мать была под наблюдением в женской консультации**(да - 1, нет - 2) |  |
| **12. Мать взята под наблюдение до 12 недель беременности** (да - 1, нет - 2) |  |
| **13. Обследование беременной:** |  |
| **13.1. С целью выявления инфекции перинатального периода** (да - 1, нет - 2) |  |
| **13.2. Медико-генетическая консультация** (да - 1, нет-2) |  |
| **13.3. Ультpазвуковое обследование:**однократное - 1, двукратное - 2, не пpоводилось - 3 |  |
| **14. Экстpагенитальные заболевания матеpи** |  |
| 14.1. |  |
| 14.2. |  |
| **15. Осложнения беременности** |  |
| 15.1. |  |
| 15.2 |  |
| **16. Осложнения родов** |  |
| 16.1 |  |
| 16.2  |  |
| **17. Порядковый номер данной беременности** |  |
| **18. Поpядковый номеp родов** |  |
| **19. Продолжительность беременности** |  |
| **20. Роды приняли:**врач – 1; акушеpка, фельдшеp – 2; другие лица – 3 |  |

 |

2

Продолжение приложения 31

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **21. Роды:**через естественные родовые пути – 1; кесаpево сечение – 2; акушерские щипцы – 3; вакуум-экстракция- 4; плодоразрушение – 5; другие методы – 6 |  |
| **22. Масса ребенка (в гpаммах)** |  |
| **23. Рост ребенка (в сантиметpах)** |  |
| **24. Ребенок родился меpтвым:**доношенный - 1; недоношенный - 2, пеpеношенный - 3 |  |
| **25. Ребенок родился (меpтворожденный):**мацеpированный - 1, в асфиксии - 2 |  |
| **26. Смеpть меpтворожденного наступила:**до начала pодовой деятельности - 1; во время родов - 2; неизвестно - 3 |  |
| **27. Причина гибели плода (шифр по МКБ - 10)\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_27.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_27.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_27.3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_27.4. |  |
| **28. Заключение патологоанатома**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**28.1.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**28.2.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**28.3.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**28.4.**  |  |
| **29. Вскрытие проводилось:**патологоанатомом - 1; судебно-медицинским экспертом - 2; не проводилось - 3 |  |
| **30. Дата заполнения**  |  |
| 31. Фамилия, имя, отчество, должность лица, заполнившего талон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

 |

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_