Приложение 29

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 |
|  |  |  | **№ 106-1/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказом Министерства здравоохранения  |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ТАЛОН****НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА** |
| Территория (учреждение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование пунктов** | **Поле для кодировки** |
| **1. Фамилия, имя, отчество** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **2. Пол** (мужской – 1, женский - 2) |  |
| **3. Дата рождения** |  |
| **4. Время рождения** |  |
| **5. Дата смерти** |  |
| **6. Время смерти** |  |
| **7. Дата госпитализации в учреждение здравоохранения, где наступила смерть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **8. Смерть наступила (учреждение здравоохранения)** |  |
| роддом – 1;республиканская детская больница - 2;другая республиканская больница - 3;городская детская больница - 4;центральная городская больница - 5;инфекционная детская больница - 6;инфекционная больница - 7;республиканская противотуберкулезная больница - 8;центральная районная больница - 9; | районная больница - 10;республиканский перинатальный центр - 11;городской перинатальный центр - 12;дом ребенка - 13;другие учреждения здравоохранения - 14;дома - 15;за пределами Республики - 16при транспортировке бригадой СМП - 17; за пределами учреждения здравоохранения - 18 |  |
| **9. Смерть наступила (отделение учреждения здравоохранения)** |  |
| акушерское отделение - 1;педиатрическое отделение - 2;второй этап выхаживания недоношенных - 3;патологии новорожденных - 4; | интенсивной терапии новорожденных - 5;анестезиологии и реанимации - 6;хирургическое отделение - 7;инфекционное отделение - 8;другие специализированные отделения - 9 |  |
| 10. Количество койко-дней, проведенных ребенком в отделении городской (районной) больницы, городском перинатальном центре, до перевода в учреждение здравоохранения высшего уровнядо 3 - 1, до 10 - 2, более 10 - 3 |  |
| **11. Смерть наступила до 1 суток после госпитализации**(да - 1, нет - 2) |  |
| **12. Смерть наступила в случае хирургического вмешательства:**во время хирургической операции - 1;до 1 суток после операции - 2;через 1-3 суток после операции - 3;после 3-10 суток после операции - 4;более 10 суток после операции - 5 |  |

 |

2

Продолжение приложения 29

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

|  |  |
| --- | --- |
| 13. Смерть наступила в отделении интенсивной терапии новорожденных или в отделении анестезиологии и реанимации после перевода из другого отделения до 1 суток – 1; до 5 суток – 2; после 5 суток – 3; |  |
| 14. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 15. Возраст матери |  |
| 16. Место постоянного проживания (город - 1, село - 2) |  |
| 17. Мать была под наблюдением в женской консультации (да - 1, нет - 2)  |  |
| 18. Мать взята под наблюдение до 12 недель беременности (да - 1, нет - 2) |  |
| **19. Обследование беременной:**19.1. С целью выявления инфекции перинатального периода (да - 1, нет - 2)19.2. Медико-генетическая консультация (да - 1, нет - 2)19.3. Ультразвуковое обследование:однократное - 1, двукратное - 2, не проводилось - 3 |  |
| 20. Экстрагенитальные заболевания матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 21. Осложнения беременности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_21.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_21.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 22. Осложнения родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_22.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_22.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 23. Относятся ли родители к лицам, пострадавшим вследствие аварии на ЧАЭС:находятся под наблюдением или переехали впоследствии на другое место жительства0 - нет, 1 - да |  |
| 24. Порядковый номер данной беременности |  |
| 25. Порядковый номер родов |  |
| 26. Продолжительность беременности (недель) |  |
| 27. Роды приняли врач – 1; акушерка, фельдшер – 2; дома, другие лица – 3 |  |
| 28. Роды: |  |
| через естественные родовые пути - 1; кесарево сечение - 2; акушерские щипцы -3; | вакуум-экстракция - 4;другие методы - 5 |  |
| 29. Масса ребенка (в граммах) |  |
| 30. Рост ребенка (в сантиметрах) |  |
| 31. Оценка по шкале Апгар |  |
| 32. Ребенок родился живым: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 3 |  |
| 33. Была ли выявлена патология на этапе дородового обследования: (да - 1, нет- 2)  |  |
| 34. Шифр выявленной патологии по МКБ-10 у плода на этапе дородового обследования: |  |
| 35. Смерть ребенка наступила в учреждении здравоохранения по месту жительства:(да - 1, нет - 2) |  |

 |

3

 Продолжение приложения 29

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

|  |  |
| --- | --- |
| 36. Причина смерти (клинический диагноз)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_36.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_36.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_36.3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_36.4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 37. Патологоанатомический диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_37.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_37.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_37.3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_37.4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 38. Вскрытие проведено:**патологоанатомом – 1; судебно-медицинским экспертом – 2; не проведено– 3)** |  |
| 39. Дата заполнения |  |
| 40. Фамилия, имя, отчество, должность лица, заполнившего талон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 |

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_