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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_