**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

о заполнении и выдаче медицинского свидетельства

о рождении (форма №103/у)

Инструкция обязательна для всех учреждений здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

**1. Общие положения**

1.1. Для обеспечения регистрации рождения ребенка в органах регистрации актов гражданского состояния учреждение здравоохранения выдает "Медицинское свидетельство о рождении", форма № 103/у.

1.2. Медицинское свидетельство о рождении выдается кому-либо из родителей или другим лицам, которые будут осуществлять регистрацию рождения ребенка, всеми учреждениями здравоохранения, где принимаются роды.

В случае рождения ребенка вне учреждения здравоохранения при регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния факт рождения ребенка подтверждается медицинской справкой о пребывании ребенка под наблюдением учреждения здравоохранения (форма № 103-1/у) и двумя свидетелями (в случае их наличия).

1.3. При многоплодных родах медицинское свидетельство о рождении заполняется на каждого ребенка отдельно.

1.4. Первый экземпляр медицинского свидетельства о рождении выдается кому-либо из родителей или другим лицам, которые будут осуществлять регистрацию рождения ребенка, второй экземпляр медицинского свидетельства о рождении остается в учреждении здравоохранения.

В случае смерти ребенка в период 0-6 суток после рождения заполняются медицинское свидетельство о рождении ребенка (форма №103/у) и врачебное свидетельство о перинатальной смерти (форма №106-2/у). В случае мертворождения выдается медицинское свидетельство о перинатальной смерти, медицинское свидетельство о рождении не выдается.

В случае, если умерший ребенок в возрасте 0-6 суток, был найден, для регистрации его рождения в органах регистрации актов гражданского состояния медицинское свидетельство о рождении выдает учреждение здравоохранения, на территории которого расположено бюро судебно-медицинской экспертизы. Медицинское свидетельство о рождении выдается на основании сообщения о найденном ребенке, которое направляет бюро судебно-медицинской экспертизы в учреждение здравоохранения. Судебно-медицинский эксперт выдает медицинское свидетельство о перинатальной смерти (форма №106-2/у).

1.5. Руководитель учреждения здравоохранения обеспечивает контроль за правильным заполнением и своевременной выдачей медицинских свидетельств о рождении.

1.6. В случае потери медицинского свидетельства о рождении выдается новое свидетельство с пометкой "дубликат". Дубликат медицинского свидетельства о рождении выдается на основании письменного заявления лица, которое получило оригинал, или другого лица, которое будет проводить регистрацию ребенка. Дубликат заполняется в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Второй экземпляр дубликата и заявление о его получении остаются в учреждении здравоохранения.

1.7. Неправильно заполненные экземпляры медицинских свидетельств о рождении перечеркиваются и остаются в книге. Делается запись "аннулировано".

**2. Порядок заполнения медицинских свидетельств о рождении**

2.1. Бланки медицинских свидетельств о рождении брошюруются и в виде книги хранятся у руководителя учреждения здравоохранения или его заместителя.

2.2 При заполнении бланка подчиненность медицинского учреждения отмечается в соответствии с ведомственной принадлежностью.

2.3. Медицинское свидетельство о рождении заполняется в 2-х экземплярах шариковой ручкой разборчивым почерком.

2.4. В верхнем углу штампа обязательно проставляется идентификационный код учреждения здравоохранения.

2.5. Медицинские свидетельства о рождении нумеруются путем указания порядкового номера свидетельства. Номера на обоих экземплярах свидетельства должны быть идентичными.

2.6. В медицинском свидетельстве о рождении врач (фельдшер, акушерка) записывает полное наименование медицинского учреждения, его местонахождение, фамилию, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), который выдал медицинское свидетельство.

2.7. Лицо, которое заполняет медицинское свидетельство о рождении, записывает фамилию, имя, отчество матери ребенка и ее местожительство, место рождения ребенка, дату рождения (год, месяц, число, время), пол, вес ребенка, а также дату рождения матери (число, месяц, год).

*(пункт 2.7 в ред. Приказа Министерства здравоохранения ДНР*[*от 12.03.2018 № 367*](https://gisnpa-dnr.ru/npa/0014-367-20180312/)*)*

2.8. Записи в обоих экземплярах медицинского свидетельства о рождении должны быть идентичными.

2.9. В медицинское свидетельство о рождении согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, введены пункты 1-9 раздела II.

Эти сведения заполняются на основании документов, которые используются в учреждениях здравоохранения, а именно: "Истории родов" - форма № 096/у, "Карты развития новорожденного" - форма № 097/у.

2.10. Если родители относятся к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, в пункте 10 раздела II для каждого из родителей следует указать категорию и серию удостоверения. В случае непричастности одного из родителей к лицам, которые пострадали от Чернобыльской катастрофы, в пункте 10 делается отметка "не пострадал".

2.11. Запись о выдаче медицинского свидетельства о рождении с указанием его номера и даты выдачи должна быть сделана в "Карте развития новорожденного" (форма № 097/у).

2.12. Своей подписью на бланке медицинского свидетельства о рождении мать дает согласие на использование информации о ее медицинских данных. В случае ее отказа эта часть свидетельства не заполняется. На бланке делается отметка "не согласна".

2.13. Свидетельство удостоверяется подписью врача (фельдшера, акушерки), получателя и круглой печатью учреждения, в котором состоялись роды.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказом Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

09.01.2015 №12

(в редакции Приказа Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

12.03.2018 № 367)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **№ 103/у** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) заведения здравоохранения, где заполняется форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код по ЕГРПОДНР | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  | | | |  |  |  | | |  | |  | |  | | | | | **№** |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |  |  | | |  | |  | |  | | | | |  |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| Медицинское свидетельство о рождении № \_\_\_\_\_\_ (выдается для регистрации в органах регистрации актов гражданского состояния) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата выдачи | | | | | | | | | | | | | | **"\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 20 \_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Я, врач (фельдшер, акушерка)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| этим подтверждаю, что у гражданки | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| которая проживает по   адресу: | | | | | | | | | | | | | | | государство | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | республика, область | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | район | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | населенный пункт | | | | | | | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  | | | | дом № | | | | | | | \_\_\_\_\_ | | | | | | | | кв № | | | \_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование лечебного учреждения, дома, другом месте | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | родился (ась): | | | | | | | | год | | \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | месяц | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | число | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | время | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ребенок: мальчик, девочка (подчеркнуть) весом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ граммов  дата рождения матери: число \_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **ІІ. Специальные сведения:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ребенок родился: доношенным, недоношенным, переношенным (подчеркнуть), на \_\_\_\_\_\_\_\_ неделе беременности. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ребенок родился при одноплодных родах, первым из двойни, вторым из двойни, при многоплодных родах (подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Какая по счету данная беременность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Какие роды по счету | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Сколько у матери живых детей | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Дата последних предыдущих родов (месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 7. Число предыдущих беременностей, которые закончились, рождением живого ребенка | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| мертворождением | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_, | | | | | | | непроизвольным выкидышем | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | | | | | | | | | | | | | | | | искусственным абортом | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ |  | | | | | |
| 8. Чем закончилась предыдущая беременность: рождением живого ребенка, мертворождением, непроизвольным выкидышем,  искусственным абортом (подчеркнуть). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Родители ребенка находятся в зарегистрированном браке, мать ребенка в зарегистрированном браке не состоит (подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Если родители являются лицами, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, указать категорию и серию  удостоверения: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | а) мать: категория | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | серия | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | б) отец: категория | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | серия | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись врача (фельдшера, акушерки) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| С вышеизложенным согласна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество матери) (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись получателя свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М. П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество) (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| К сведению родителей: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | * Регистрация ребенка в органах регистрации актов гражданского состоянию обязательная   и должна быть проведена не позже одного месяца со дня рождения ребенка. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной республики А.А. Оприщенко