**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