Приложение к Инструкции по заполнению формы первичной учетной документации №149-1/у

(пункт 1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯФорма первичной учетной документации**№149-1/у** |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Идентификационный код I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I  |
| **УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики |
|  |  |  |  |  |  |  |  | № |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИЗВЕЩЕНИЕ** **на ребенка с врожденными пороками развития**Дата заполнения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
|  | Полное наименование и адрес учреждения  |  |  |
|  |
|  |  |
| Фамилия, имя, отчество ребенка:Дата рождения:Дата смерти: Фамилия, имя, отчество матери:  | Место проживания матери во время беременности  Республика  |
| р-н  |  |
| город/пгт/село/ поселок |
| Место рождения ребенка: |  |
| Наименованиеучреждения |  |
| Республика  |
| р-н  |  |
| город/пгт/село/ поселок |
|  |  |  |  |
| 6.Возраст матери |  |  | 7.Порядковый номер родов  |  |  | 8.Масса тела при рождении:  |  |  |  |  | г |
|  |  |  |  |
| 9. Состояние при рождении: | живорожденный  |  | мертворожденный |  |  |
|  |  |  |  |
| 10.Пол ребенка: | М Ж  | интерсекс неизвестен  |
| 11.Близнецовость  | да |  нет  |
|  |  |  |  |
| 12.Выписан (переведен): | домой жив  |  в больницу  умер |
|  |  |  |  |
| 13. Направление на аутопсию: | да  |  нет |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

Продолжение приложения

|  |
| --- |
| Описание врожденных пороков и аномалий развития (продолжение): |
| Диагноз: |  | Код по МКБ – 10  |
| Выявлен впервые | да  | нет |
| Примечание: информация родильного отделения о врожденном пороке (пороках) развития подтверждается:  Да Нет |
| Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. (фамилия, подпись) |
|  |  |  |  |

.