**Приложение N 3**

*ГАРАНТ:*

*См.*[*Рекомендации*](http://base.garant.ru/12165055/#block_3000)*по порядку выдачи и заполнения настоящей учетной формы, направленные*[*письмом*](http://base.garant.ru/12165055/)*Минздравсоцразвития РФ от 19 января 2009 г. N 14-6/10/2-178*

/--------------------------------------------------------------------------------------------------\

| **КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ** |

| **К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106-2/у-08** |

| СЕРИЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| Дата выдачи "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

| (окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного) |

| (подчеркнуть) |

| серия\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

| |

| 1. Роды мертвым плодом: число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_, час. \_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 2. Ребенок родился живым: число \_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_, час. \_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_\_|

| и умер дата: число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_, час. \_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--\ /--\ /--\ |

| 3. Смерть наступила: |1 | до начала родов, |2 | во время родов, |3 | после родов, |

| \--/ \--/ \--/ |

| /--\ |

| |4 | неизвестно |

| \--/ |

| |

| 4. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 5. Дата рождения матери: число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_\_ |

| 6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего (мертворожденного) ребенка: |

| республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_|

| /--\ /--\ |

| 7. Местность: городская |1 |, сельская |2 | |

| \--/ \--/ |

| |

| 8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| /--\ /--\ |

| 9. Пол: мальчик |1 |, девочка |2 | |

| \--/ \--/ /--\ /--\ /--\ |

| 10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре |1 |, дома |2 |, в другом месте |3 | |

| \--/ \--/ \--/ |

| |

| ------------------------------------- линия отреза ------------------------------------------ |

| /-------------------------------------------\ /-----------------------------------------------\|

| |Министерство здравоохранения и социального | |Код формы по [ОКУД](http://base.garant.ru/179139/) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ||

| |развития Российской Федерации | | ||

| | | |Медицинская документация ||

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

| |Наименование медицинской организации | |Учетная форма N 106-2/у-08 ||

| | | |Утверждена [приказом](http://base.garant.ru/12164697/) Минздравсоцразвития России ||

| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |от 26 декабря 2008 г. N 782н ||

| |адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ||

| | | | ||

| |Код по | | ||

| |ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ||

| |Для врача, занимающегося частной практикой:| | ||

| |номер лицензии на медицинскую деятельность | | ||

| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ||

| |адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ||

| \-------------------------------------------/ \-----------------------------------------------/|

| |

| **МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ** |

| СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| Дата выдачи "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г. |

| окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть) |

| серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

| |

| 1. Роды мертвым плодом: число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_, час. \_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 2. Ребенок родился живым: число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_, час. \_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_|

| и умер: число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_, час. \_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--\ /--\ /--\ |

| 3. Смерть наступила: до начала родов |1 |, во время родов |2 |, после родов |3 |, |

| \--/ \--/ \--/ |

| /--\ |

| неизвестно |4 | |

| \--/ |

| |

| Мать Ребенок (плод) |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 4. Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |12. Фамилия ребенка (плода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| /-----\ /-----\ /-----------\ | |

| 5. Дата рождения | | | | | | | | | | | |13. Место смерти (мертворождения): |

| матери \-----/ \-----/ \-----------/ | |

| число месяц год | |

| 6. Место постоянного жительства (регистрации): | республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | |

| республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | |

| район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | /--\ /--\ |

| город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |14. Местность: городская |1 |, сельская |2 | |

| | \--/ \--/ |

| улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_ |15. Смерть (мертворождение) произошла(о): |

| | /--\ /--\ |

| /--\ /--\ | в стационаре |1 |, дома |2 |, |

| 7. Местность: городская |1 |, сельская |2 | | \--/ \--/ |

| \--/ \--/ | /--\ /--\ |

| 8. Семейное положение: состоит в зарегистрированном| в другом месте |3 |, неизвестно |4 |-, |

| /--\ | \--/ \--/ |

| браке |1 |, не состоит в зарегистрированном | /--\ /--\ |

| \--/ |16. Пол: мальчик |1 |, девочка |2 | |

| /--\ /--\ | \--/ \--/ |

| браке |2 |, неизвестно |3 | | |

| \--/ \--/ |17. Масса тела ребенка(плода) при рождении |

| /--\ | /-----------\ |

| 9. Образование: профессиональное: высшее |1 |, | | | | | | г |

| \--/ | \-----------/ |

| /--\ /--\ | |

| неполное высшее |2 |, среднее |3 |, начальное |18. Длина тела ребенка (плода) при рождении |

| \--/ \--/ | /-----\ |

| /--\ /--\ | | | | см |

| |4 |; общее: среднее (полное) |5 |, основное | \-----/ |

| \--/ \--/ | |

| |19. Мертворождение или живорождение |

| | произошло: |

| /--\ /--\ | /--\ /--\ |

| |6 |, начальное |7 |; не имеет начального | при одноплодных родах | | | | |

| \--/ \--/ | \--/ \--/ |

| /--\ /--\ | при многоплодных родах: /--\ /--\ |

| образования |8 |; неизвестно |9 | | которыми по счету | | | | |

| \--/ \--/ | \--/ \--/ |

| | |

| | число детей родившихся /--\ /--\ |

| 10. Занятость: была занята в экономике: | (живыми и мертвыми) | | | | |

| | \--/ \--/ |

| руководители и специалисты высшего уровня | |

| /--\ /--\ | |

| квалификации |1 |, прочие специалисты |2 |, | |

| \--/ \--/ | |

| /--\ | |

| квалифицированные рабочие |3 |, | |

| \--/ | |

| /--\ | |

| неквалифицированные рабочие |4 |, занятые на | |

| \--/ | |

| /--\ | |

| военной службе |5 |; не была занята в | |

| \--/ | |

| /--\ | |

| экономике: пенсионеры |6 |, студенты и учащиеся| |

| \--/ | |

| /--\ | |

| |7 |, работавшие в личном подсобном хозяйстве | |

| \--/ | |

| /--\ /--\ /--\ | |

| |8 |, безработные |9 |, прочие |10| | |

| \--/ \--/ \--/ | |

| /-----\ | |

| 11. Которые по счету роды | | | | |

| \-----/ | |

| | |

\--------------------------------------------------------------------------------------------------/

/--------------------------------------------------------------------------------------------------\

| **Оборотная сторона**|

| |

| 11. Причины перинатальной смерти: Код по [МКБ-10](http://base.garant.ru/4100000/) |

| а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка /--------\ /--\|

| | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--------\ /--\|

| б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| |

| в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее /--------\ /--\|

| неблагоприятное влияние на плод или ребенка | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--------\ /--\|

| г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее | | | | | ||

| неблагоприятное влияние на плод или ребенка \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--------\ /--\|

| д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| |

| 12. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| (должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество) |

| заполнившего Медицинское свидетельство |

| о перинатальной смерти) |

| |

| 13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) N \_\_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,|

| наименование органа ЗАГС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС\_\_\_\_\_\_|

| |

| 14. Получатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| (фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему ребенку) |

| Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| |

| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| (подпись) |

| |

| ------------------------------------- линия отреза ------------------------------------------|

| |

| |

| |

| |

| |

| 20. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) |

| /--\ |

| | | |

| \--/ |

| /--\ /--\ |

| 21. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания |1 |, несчастного случая |2 |, |

| \--/ \--/ |

| /--\ /--\ |

| убийства |3 |, род смерти не установлен |4 | |

| \--/ \--/ |

| /--\ /--\ /--\ |

| 22. Лицо, принимавшее роды: врач |1 |, фельдшер, акушерка |2 |, другое |3 | |

| \--/ \--/ \--/ |

| |

| 23. Причины перинатальной смерти: Код по [МКБ-10](http://base.garant.ru/4100000/) |

| |

| а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка /--------\ /--\|

| | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--------\ /--\|

| б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| |

| в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее /--------\ /--\|

| неблагоприятное влияние на плод или ребенка | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--------\ /--\|

| г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее | | | | | ||

| неблагоприятное влияние на плод или ребенка \--------/.\--/|

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| /--------\ /--\|

| д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти | | | | | ||

| \--------/.\--/|

| |

|24. Причины смерти установлены: |

| /--\ /--\ |

| врачом, только удостоверившим смерть |1 |, врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды |2 |,|

| \--/ \--/ |

| /--\ /--\ |

| врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка |3 |, врачом-паталогоанатомом |4 |, |

| \--/ \--/ |

| /--\ /--\ /--\ |

| судебно-медицинским экспертом |5 |, акушеркой |6 |, фельдшером |7 | |

| \--/ \--/ \--/ |

| /--\ /--\ |

| на основании: осмотра трупа |1 |, записей в медицинской документации |2 |, собственного |

| \--/ \--/ |

| /--\ /--\ |

| предшествовавшего наблюдения |3 |, вскрытия |4 |. |

| \--/ \--/ |

| |

| 25. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| (должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество) |

| заполнившего Медицинское свидетельство |

| о перинатальной смерти) |

| |

| Руководитель медицинской организации, |

| частнопрактикующий врач (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| (подпись) (фамилия, имя, отчество) |

| |

| Печать |

| |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 26. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских |

| свидетельств. |

| |

| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| (подпись) (фамилия, имя, отчество врача) |

| |

\--------------------------------------------------------------------------------------------------/