

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106-2/У**

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного) *(подчеркнуть)*
ранее выданное свидетельство:

серия _____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Рождение мертвого ребенка: 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: до начала родов 1 во время родов 2 после родов 3 неизвестно 4
4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери: _____
5. Дата рождения матери: число _____ месяц _____ год _____
6. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери умершего (мртворожденного) ребенка:
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____
дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____
7. Местность: городская 1 сельская 2
8. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего ребенка (фамилия ребенка, родившегося мертвым) _____
9. Пол: мужской 1 женский 2
10. Смерть (мртворождение) произошла(о): в стационаре 1 дома 2 в другом месте 3 неизвестно 4

линия отреза

Наименование медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность) _____ адрес места нахождения _____ _____ Код по ОКПО _____ Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности: _____	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация Учетная форма № 106-2/У Утверждена приказом Минздрава России от «15» апреля 2021 г. №352н
--	--

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного) *(подчеркнуть)*
ранее выданное свидетельство:

серия _____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Рождение мертвого ребенка: 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: до начала родов 1 во время родов 2 после родов 3 неизвестно 4

Мать

Ребенок

4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
5. Дата рождения:
число месяц год
6. Документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____
7. СНИЛС _____
8. Полис ОМС _____
9. Регистрация по месту жительства (пребывания):
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____
дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____
10. Местность: городская 1 сельская 2
11. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке 1
не состоит в зарегистрированном браке 2 неизвестно 3
12. Образование: профессиональное: высшее 1 неполное высшее 2
среднее профессиональное 3
общее: среднее 4 основное 5 начальное 6 не имеет начального
образования 7 неизвестно 8
13. Занятость: работала 1 проходила военную или приравненную к ней службу 2
студентка 3 не работала 4 прочее 5
14. Которые по счету роды _____
15. Фамилия _____
16. Место смерти (рождения мертвого ребенка):
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____
дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____
17. Местность: городская 1 сельская 2
18. Смерть (рождение мертвым) произошла(о): в стационаре 1 дома 2
в другом месте 3 неизвестно 4
19. Пол: мужской 1 женский 2
20. Масса тела ребенка при рождении (г) _____
21. Длина тела ребенка при рождении (см) _____
22. Рождение мертвым или живорождение произошло:
при одноплодных родах 1
при многоплодных родах 2
которыми по счету _____
число родившихся (живыми или мертвыми) детей _____

11. Причины перинатальной смерти: Коды по МКБ

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, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	□ □ □	· □
д) _____ (другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)	□ □ □	· □
_____	□ □ □	· □

12. _____ (должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего медицинское свидетельство о перинатальной смерти) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

13. Получатель _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) и отношение к мертворожденному (умершему) ребенку)
 Документ, удостоверяющий личность получателя (вид, серия, номер, кем выдан) _____
 _____ СНИЛС получателя (при наличии) _____
 « _____ » _____ 20 _____ г. _____ (подпись)
 _____ линия отреза

23. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____
 24. Смерть ребенка (рождение мертвым) произошла(о): от заболевания 1 несчастного случая 2 убийства 3 в ходе действий: военных 4 террористических 5
 род смерти не установлен 6
 25. Лицо, принимавшее роды: врач 1 фельдшер, акушерка 2 другое 3

26. Причины перинатальной смерти: Коды по МКБ

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, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	□ □ □	· □
д) _____ (другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)	□ □ □	· □
_____	□ □ □	· □

27. Причины смерти установлены: врачом, только удостоверившим смерть 1 врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды 2
 врачом-неонатологом (или врачом-педиатром), лечившим ребенка 3 врачом-патологоанатомом 4 врачом - судебно-медицинским экспертом 5
 фельдшером, акушеркой 6

28. На основании: осмотра трупа 1 записей в медицинской документации 2 собственного предшествовавшего наблюдения 3 вскрытия 4

29. _____ (должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего медицинское свидетельство о перинатальной смерти) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Руководитель медицинской организации, индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность (*подчеркнуть*)

_____ Печать _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

30. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))