

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Полное наименование и адрес учреждения _____

ИЗВЕЩЕНИЕ
 НА РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Ф.И.О. ребенка: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Дата рождения: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Дата смерти: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ф.И.О. матери: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Место проживания матери во время беременности: респ./край/обл. _____ авт. обл./округ _____ р-н _____ гор./пос./с./дер. _____ Место рождения ребенка: наименование учреждения _____ респ./край/обл. _____ авт. обл./округ _____ р-н _____ гор./пос./с./дер. _____
--	--

Возраст матери <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Порядковый номер родов <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Масса тела при рождении: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> г
---	---	---

Состояние при рождении: живорожденный <input type="checkbox"/> мертворожденный <input type="checkbox"/>
Пол ребенка: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> интерсекс <input type="checkbox"/> неизвестен <input type="checkbox"/>
Близнецовость: да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Выписан (переведен): домой <input type="checkbox"/> в больницу <input type="checkbox"/> жив <input type="checkbox"/> умер <input type="checkbox"/>
Направление на аутопсию: да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

Описание врожденных пороков и аномалий развития (продолжение):	
Диагноз:	Код по МКБ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Выявлен впервые да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	
Примечание: информация роддома о врожденном пороке (пороках) развития подтверждается: да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	

Подпись _____ (_____) Дата "___" _____ 20__ г.