

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106-2/у-08**

СЕРИЯ _____ **№** _____

Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть))

серия _____ **№** _____ « _____ » _____ 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: ☐ до начала родов, ☐ во время родов, ☐ после родов, ☐ 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 ☐, сельская ☐
8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) _____
9. Пол: мальчик ☐, девочка ☐
10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре ☐, дома ☐, в другом месте ☐

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Наименование медицинской организации
адрес _____
Код по ОКПО _____
Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____
адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Медицинская документация
Учетная форма №106-2/у-08
Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от «26» декабря 2008 г. №782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ **№** _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

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

серия _____ **№** _____ « _____ » _____ 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 ☐, во время родов ☐, после родов ☐, неизвестно ☐

Мать

Ребенок (плод)

4. Фамилия, имя, отчество _____
5. Дата рождения матери

число	_____	месяц	_____	год	_____
-------	-------	-------	-------	-----	-------
6. Место постоянного жительства (регистрации):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская ☐, сельская ☐
8. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке ☐, не состоит в зарегистрированном браке ☐, неизвестно ☐
9. Образование: профессиональное: высшее ☐, неполное высшее ☐, среднее ☐, начальное ☐; общее: среднее (полное) ☐, основное ☐, начальное ☐; не имеет начального образования ☐; неизвестно ☐
10. Занятость: была занята в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации ☐, прочие специалисты ☐, квалифицированные рабочие ☐, неквалифицированные рабочие ☐, занятые на военной службе ☐; не была занята в экономике: пенсионеры ☐, студенты и учащиеся ☐, работавшие в личном подсобном хозяйстве ☐, безработные ☐, прочие ☐
11. Которые по счету роды ☐ ☐

12. Фамилия ребенка (плода) _____
13. Место смерти (мертворождения):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
14. Местность: городская ☐, сельская ☐
15. Смерть (мертворождение) произошла(о):
в стационаре ☐, дома ☐, в другом месте ☐, неизвестно ☐
16. Пол: мальчик ☐, девочка ☐
17. Масса тела ребенка(плода) при рождении г
18. Длина тела ребенка (плода) при рождении см
19. Мертворождение или живорождение произошло:
при одноплодных родах

☐	☐
☐	☐
☐	☐

при многоплодных родах: которыми по счету

☐	☐
☐	☐

число детей родившихся (живыми и мертвыми)

Оборотная сторона

Код по МКБ-10

 . **11. Причины перинатальной смерти:**

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),
заполнившего Медицинское свидетельство
о перинатальной смерти)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) № _____ 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.

----- линия отреза (подпись) -----

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

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-патологоанатомом ☐ 4, судебно-медицинским экспертом ☐ 5, акушеркой ☐ 6,
фельдшером ☐ 7на основании: осмотра трупа ☐ 1, записей в медицинской документации ☐ 2, собственного предшествовавшего
наблюдения ☐ 3, вскрытия ☐ 4.**25.**(должность врача (фельдшера, акушерки),
заполнившего Медицинское свидетельство
о перинатальной смерти)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

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)