

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

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего(ей) \_\_\_\_\_
2. Пол: мужской  1 женский  2
3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
4. Дата смерти: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_
5. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ комн. \_\_\_\_\_
6. Смерть наступила: на месте происшествия  1 в машине скорой помощи  2 в стационаре  3 дома  4 в образовательной организации  5 в другом месте  6  
Для детей, умерших в возрасте до 1 года:
7. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_  
число месяцев \_\_\_\_\_ число дней \_\_\_\_\_ жизни \_\_\_\_\_
8. Место рождения: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
9. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери \_\_\_\_\_

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/У  
Утверждена приказом Минздрава России  
от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ**

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего(ей) \_\_\_\_\_
2. Пол: мужской  1 женский  2
3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
4. Документ, удостоверяющий личность умершего: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_
5. СНИЛС: \_\_\_\_\_
6. Полис ОМС: \_\_\_\_\_
7. Дата смерти: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_
8. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
9. Местность: городская  1 сельская  2
10. Место смерти: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
11. Местность: городская  1 сельская  2
12. Смерть наступила: на месте происшествия  1 в машине скорой помощи  2 в стационаре  3 дома  4 в образовательной организации  5 в другом месте  6
13. \* Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца:  
доношенный (37-41 неделя)  1 недоношенный (менее 37 недель)  2 переносный (42 недель и более)  3
14. \* Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:  
масса тела ребенка при рождении (грамм) \_\_\_\_\_  1 каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) \_\_\_\_\_  2  
дата рождения матери \_\_\_\_\_  3 возраст матери (полных лет) \_\_\_\_\_  4 фамилия матери \_\_\_\_\_  5  
имя \_\_\_\_\_  6 отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  7
15. \* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке  1 не состоял(а) в зарегистрированном браке  2 неизвестно  3
16. \* Образование: профессиональное: высшее  1 неполное высшее  2 среднее профессиональное  3 общее: среднее  4 основное  5 начальное  6 дошкольное  7  
не имеет начального образования  8 неизвестно  9
17. \* Занятость: работал(а)  1 проходил(а) военную или приравненную к ней службу  2 пенсионер(ка)  3 студент(ка)  4 не работал(а)  5 прочие  6 неизвестно  7

## 10. Причины смерти:

		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ
I.	а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	_____	□ □ □ □ . □
	б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	_____	□ □ □ □ . □
	в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	_____	□ □ □ □ . □
	г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	_____	□ □ □ □ . □

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

_____	_____	□ □ □ □ . □
_____	_____	□ □ □ □ . □
_____	_____	□ □ □ □ . □

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в течение 30 суток [ 1 ], из них в течение 7 суток [ 2 ]

12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [ 1 ], в процессе родов [ 2 ], в течение 42 дней после окончания беременности [ 3 ] ; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности [ 4 ]

13. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя \_\_\_\_\_

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

СНИЛС получателя (при наличии) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись получателя \_\_\_\_\_

линия отреза

18. Смерть произошла: от заболевания [ 1 ] ; несчастного случая: не связанного с производством [ 2 ], связанного с производством [ 3 ], убийства [ 4 ] самоубийства [ 5 ] ; в ходе действий: военных [ 6 ], террористических [ 7 ] ; род смерти не установлен [ 8 ]

19. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти – указать дату травмы (отравления): число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) \_\_\_\_\_

20. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть [ 1 ], лечащим врачом [ 2 ], фельдшером, акушеркой [ 3 ], врачом-патологоанатомом [ 4 ], врачом – судебно-медицинским экспертом [ 5 ] .

21. Я, врач (фельдшер, акушерка) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

должность \_\_\_\_\_

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [ 1 ], записей в медицинской документации [ 2 ], предшествующего наблюдения за пациентом [ 3 ], вскрытия [ 4 ] мною установлены причины смерти.

## 22. Причины смерти:

		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ
I.	а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	_____	□ □ □ □ . □
	б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	_____	□ □ □ □ . □
	в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	_____	□ □ □ □ . □
	г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	_____	□ □ □ □ . □

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

_____	_____	□ □ □ □ . □
_____	_____	□ □ □ □ . □
_____	_____	□ □ □ □ . □

23. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в течение 30 суток [ 1 ], из них в течение 7 суток [ 2 ]

24. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [ 1 ], в процессе родов [ 2 ], в течение 42 дней после окончания беременности [ 3 ] ; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности [ 4 ]

25. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Руководитель (иное уполномоченное лицо\*\*) медицинской организации, индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность (подчеркнуть)

Печать

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

26. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))