

**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 « _____ » _____ 2021 г. № _____

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

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

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

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

Печать

30. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

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