Приложение №3 к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации от « » 2021 г. №

**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
2. Ребенок родился живым: число

и умер (дата): число

2

3

4

месяц месяц месяц

год год год

час. час. час.

мин. мин. мин.

1. Смерть наступила: до начала родов

1

во время родов

после родов

неизвестно

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери:
2. Дата рождения матери: число

месяц

год

1. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери умершего (мертворожденного) ребенка:

субъект Российской Федерации район город населенный пункт улица дом стр. корп. кв.

1. Местность: городская сельская

1

2

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего ребенка (фамилия ребенка, родившегося мертвым)
2. Пол: мужской 1 женский 2
3. Смерть (мертворождение) 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
2. Ребенок родился живым: число

и умер (дата): число

1

2

3

4

месяц месяц месяц

год год год

час. час. час.

мин. мин. мин.

1. Смерть наступила: до начала родов

во время родов

после родов

неизвестно

# Мать

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

# Ребенок

15. Фамилия

5. Дата рождения:

число

месяц

год

16. Место смерти (рождения мертвого ребенка):

субъект Российской Федерации

1. Документ, удостоверяющий личность:

серия номер кем и когда выдан

1. СНИЛС
2. Полис ОМС
3. Регистрация по месту жительства (пребывания):

субъект Российской Федерации район город населенный пункт улица дом стр. корп. кв.

1. Местность: городская сельская

1

2

1. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке

1

3

район

город населенный пункт улица дом стр. корп. кв.

1. Местность: городская сельская

1

2

1. Смерть (рождение мертвым) произошла(о): в стационаре дома в другом месте неизвестно

1

2

3

1

4

2

1. Пол: мужской женский
2. Масса тела ребенка при рождении (г)
3. Длина тела ребенка при рождении (см)
4. Рождение мертвым или живорождение произошло: при одноплодных родах

1

2

при многоплодных родах

не состоит в зарегистрированном браке 2

1. Образование: *профессиональное*: высшее 1

среднее профессиональное

8

5

3

неизвестно неполное высшее

которыми по счету

число родившихся (живыми или мертвыми) детей

*общее*: среднее 4

2

основное

начальное

не имеет начального

образования 7 неизвестно

1. Занятость: работала 1 проходила военную или приравненную к ней службу

2

6

студентка 3

4

5

не работала

прочее

1. Которые по счету роды

*Оборотная сторона*

11. Причины перинатальной смерти: а)

б)

в)

(основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка) (другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)

Коды по МКБ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

.

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

1. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не считая мертворожденных)
2. Смерть ребенка (рождение мертвым) произошла(о): от заболевания несчастного случая убийства в ходе действий: военных террористических род смерти не установлен

6

5

4

3

2

1

1. Лицо, принимавшее роды: врач фельдшер, акушерка другое

3

2

1

1. Причины перинатальной смерти: а)

б)

в)

(основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка) (другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)

Коды по МКБ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

.

(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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

.

1. Причины смерти установлены: врачом, только удостоверившим смерть врачом-неонатологом (или врачом-педиатром), лечившим ребенка фельдшером, акушеркой

4

3

2

6

3

1

врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды

2

врачом-патологоанатомом врачом - судебно-медицинским экспертом

5

4

1. На основании: осмотра трупа

1

записей в медицинской документации

собственного предшествовавшего наблюдения

вскрытия

29.

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

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)