

**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 «15» апреля 2021 г. № 352н

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 недель) 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

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 13-14, пункты 15-17 заполняются в отношении их матерей.

10. Причины смерти:

- 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)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью

Коды по МКБ

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:

- 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)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью

Коды по МКБ

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)) _____

** В случае, установленном частью 10 статьи 9 Федерального закона от 5 июня 2012 г. № 50-ФЗ «О регулировании деятельности российских граждан и российских юридических лиц в Антарктике» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 24, ст. 3067).