

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 (мертворожденного) 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 (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 _____ 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. _____
10. Местность: городская [1] сельская [2]
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.

(должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего
медицинское свидетельство о перинатальной смерти)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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.

(должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего
медицинское свидетельство о перинатальной смерти)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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))