

**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 ☐ женский ☐
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 ☐ в машине скорой помощи ☐ в стационаре ☐ дома ☐ в образовательной организации ☐ в другом месте ☐
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

<div>Наименование медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность) _____</div> <div>адрес места нахождения _____</div> <div>Код по ОКПО _____</div> <div>Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности: _____</div>	<div>Код формы по ОКУД _____</div> <div>Медицинская документация Учетная форма № 106/У Утверждена приказом Минздрава России от «_____» _____ 2021 г. № _____</div>
---	--

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 ☐ женский ☐
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 ☐ сельская ☐
10. Место смерти: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____
дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____
11. Местность: городская ☐ сельская ☐
12. Смерть наступила: на месте происшествия ☐ в машине скорой помощи ☐ в стационаре ☐ дома ☐ в образовательной организации ☐ в другом месте ☐
13. * Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца:
доношенный (37-41 неделя) ☐ недоношенный (менее 37 недель) ☐ переношенный (42 недель и более) ☐
14. * Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
масса тела ребенка при рождении (грамм) _____ ☐ каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ ☐
дата рождения матери _____ ☐ возраст матери (полных лет) _____ ☐ фамилия матери _____ ☐
имя _____ ☐ отчество (при наличии) _____ ☐
15. * Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке ☐ не состоял(а) в зарегистрированном браке ☐ неизвестно ☐
16. * Образование: профессиональное: высшее ☐ неполное высшее ☐ среднее профессиональное ☐ общее: среднее ☐ основное ☐ начальное ☐ дошкольное ☐
не имеет начального образования ☐ неизвестно ☐
17. * Занятость: работал(а) ☐ проходил(а) военную или приравненную к ней службу ☐ пенсионер(ка) ☐ студент(ка) ☐ не работал(а) ☐ прочие ☐ неизвестно ☐

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

10. Причины смерти:

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:

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))