

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

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 « _____ » _____ 2021 г. № _____

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 недель) недоношенный (менее 37 недель) переносный (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 2 неизвестно 3
16. * Образование: профессиональное: высшее неполное высшее _____ среднее профессиональное _____ 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 [5], связанного с производством [6], убийства [7], самоубийства [8]; в ходе действий: военных [2], террористических [3]; род смерти не установлен [4]

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).*