

## **ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ (ФОРМИРОВАНИЯ) МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

В медицинских организациях РФ оформляется три вида Медицинских свидетельств:

- 1) Медицинское свидетельство о рождении (учетная форма 103/у) – на каждый случай рождения живого ребенка,
- 2) Медицинское свидетельство о смерти (учетная форма 106/у) – на каждый случай смерти,
- 3) Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (учетная форма 106-2/у) – на каждый случай мертворождения либо смерти ребенка в первые 168 часов (полные 7 суток) жизни.

Порядки оформления и выдачи этих документов утверждаются Приказами Министерства здравоохранения РФ. Многое в этих порядках одинаково, поэтому рассмотрим сначала то, что является общим для всех Медицинских свидетельств, а затем акцентируем внимание на особенностях этих документов.

Медицинские свидетельства являются основанием для государственной регистрации определенного события (рождения живого ребенка, случая смерти, случая перинатальной смерти) в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС), а также для государственного статистического учета. Взамен «Медицинского свидетельства о рождении» (уч. форма 103/у) и «Медицинского свидетельства о смерти» (уч. форма 106/у) органы ЗАГС выдают обратившимся гражданам соответственно «Свидетельство о рождении» и «Свидетельство о смерти».

Медицинские свидетельства могут выдавать:

- лечебно-профилактические медицинские организации всех систем здравоохранения (государственной, муниципальной, частной) независимо от их организационно-правовой формы (больницы, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, медицинские центры, учреждения охраны материнства и детства и пр.),
- индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Оформление Медицинского свидетельства осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность получателя, а иногда и документов, подтверждающих его полномочия (например, при получении Медицинского свидетельства не родственником, а работником правоохранительных органов).

Медицинское свидетельство оформляется на бумажном носителе (на бланке, изготовленном типографским способом) или формируется в форме электронного документа (с согласия получателя). Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, хранятся у руководителя медицинской организации (у индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность).

Медицинское свидетельство в форме электронного документа формируется с использованием медицинской информационной системы предназначенной для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг. Электронный документ направляется в федеральный реестр электронных медицинских документов, а также в личный кабинет получателя на Едином портале государственных и муниципальных услуг. Медицинское свидетельство, сформированное в форме электронного документа, по желанию получателя может быть распечатано. Соответствие бумажной копии электронному оригиналу должно быть удостоверено подписью руководителя медицинской организации и печатью.

Медицинские свидетельства на бумажном носителе состоят из двух частей – Медицинского свидетельства и корешка. Записи в корешке должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Если Медицинское свидетельство формируется как электронный документ, то корешок в нем отсутствует.

Каждое оформляемое (формируемое) Медицинское свидетельство имеет серию и номер. Серия представлена двумя цифрами и является кодовым обозначением субъекта РФ в соответствии с Общероссийским классификатором объектов административно-

территориального деления (ОКАТО). Например, город Москва обозначается кодом 45, Ивановская область – кодом 24 и т.п. Номер свидетельства состоит из девяти цифр, причем первая из них отражает форму свидетельства: электронные свидетельства имеют номер, начинающийся с цифры «1», а свидетельства на бумажном носителе – с цифры «2». После первой цифры номера следует сквозная нумерация свидетельств (т.е. просто в порядке их выдачи). При формировании Медицинского свидетельства в форме электронного документа серия и номер ему присваиваются информационной системой в автоматическом режиме. При оформлении на бумажном носителе проставление серии и номера осуществляется медицинской организацией в соответствии с порядком, установленным региональным органом управления здравоохранением.

Сведения о выдаче Медицинского свидетельства (дата выдачи, серия и номер) обязательно **указываются в соответствующей первичной медицинской документации:**

- учетная форма 003/у – Медицинская карта стационарного больного (для больничных медицинских организаций);
- учетная форма 025/у – Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (для амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, обслуживающих взрослое население);
- учетная форма 112/у – История развития ребенка (для детских поликлиник);
- учетная форма 096/у – Медицинская карта беременной, роженицы или родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях (для родильных домов);
- учетная форма 097/у – История развития новорожденного (для неонатологических отделений) и пр.

Заполнение Медицинского свидетельства на бумажном носителе производят вписыванием необходимых сведений и подчеркиванием соответствующих обозначений. Записи выполняются чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается оформление Медицинского свидетельства на бумажном носителе с использованием компьютерных печатающих устройств.

Исправленный или зачеркнутый текст при оформлении Медицинского свидетельства на бумажном носителе подтверждается записью *«исправленному верить»*, подписью медицинского работника и печатью медицинской организации (индивидуального предпринимателя). Внесение более двух исправлений не допускается. Неправильно оформленные Медицинские свидетельства, требующие внесения более двух исправлений, и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, на них делается запись *«испорчено»*. Испорченные Медицинские свидетельства хранятся в книжке бланков (вместе с корешками) в медицинской организации (у индивидуального предпринимателя).

Заполнению подлежат все пункты Медицинского свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись *«неизвестно»* или *«не установлено»*. Если неизвестна часть сведений, то допускается использование букв "XX" вместо неизвестных сведений (например, дата рождения может быть записана как *«XX.XX.1985»*).

Записи в Медицинских свидетельствах делаются на основании документа, удостоверяющего личность гражданина (матери ребенка либо умершего лица). Если гражданин (мать ребенка либо умерший) не достиг возраста 14 лет или находится под опекой, то местом его регистрации считается место жительства его законных представителей – родителей, усыновителей или опекунов.

В исключительных случаях, если у матери ребенка либо у умершего лица отсутствуют документы, подтверждающие личность, в отдельные пункты Медицинского свидетельства (фамилия, имя, отчество; дата рождения; место регистрации; семейное положение) сведения вносятся со слов получателя документа, о чем должна быть сделана соответствующая отметка:

- при оформлении Медицинского свидетельства на бумажном носителе в правом верхнем углу ставится отметка *«со слов родственников»*, которая заверяется подписью руководителя медицинской организации (индивидуального предпринимателя) и печатью;
- при формировании Медицинского свидетельства в форме электронного документа отметка *«со слов родственников»* указывается непосредственно в заполняемых полях.

В Медицинском свидетельстве о рождении и в Медицинском свидетельстве о перинатальной смерти фамилия родившегося ребенка указывается по желанию родителей только в случае, если родители имеют одинаковую фамилию.

Медицинское свидетельство, оформленное на бумажном носителе, подписывается медицинским работником, оформившим этот документ, и руководителем медицинской организации с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии) и заверяется печатью. Корешок Медицинского свидетельства подписывает только медицинский работник, оформивший свидетельство. Медицинское свидетельство в форме электронного документа подписывается руководителем медицинской организации с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

В каждой медицинской организации приказом руководителя назначается работник, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств о смерти. Им может быть заместитель главного врача по лечебной работе, заведующий отделением либо врач-специалист. После осуществления проверки Медицинского свидетельства (о смерти или перинатальной смерти) он производит соответствующую отметку – указывает дату проверки, свои фамилию, имя, отчество (при наличии) и ставит свою подпись.

В корешке Медицинского свидетельства обязательно указывают сведения о получателе:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- данные о документе, удостоверяющем личность получателя (вид документа, серия, номер, кем выдан).

Получатель ставит свою подпись с указанием даты получения Медицинского свидетельства.

В случае утери получателем Медицинского свидетельства, оформленного на бумажном носителе, на основании письменного заявления получателя заполняется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу «*Дубликат*» на основании находящихся на хранении в медицинской организации корешка Медицинского свидетельства и первичной медицинской документации.

Медицинские организации ведут учет выданных Медицинских свидетельств. К числу сохраняемых сведений относятся:

- серия и номер Медицинского свидетельства;
- дата выдачи;
- фамилия, имя и отчество (при наличии) получателя, а также сведения о документе, удостоверяющем его личность;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего лица (либо матери родившегося ребенка, либо матери умершего ребенка), а также сведения о документе, удостоверяющем его (её) личность.

Учет выданных Медицинских свидетельств, оформленных на бумажном носителе, ведется в специальном журнале в соответствии с приказом руководителя медицинской организации. Учет выданных Медицинских свидетельств в форме электронного документа ведется с использованием информационной системы.

Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению в медицинской организации (у индивидуального предпринимателя) по месту их выдачи один календарный год после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство. Например, корешки всех свидетельств, выданных в течение 2023 года, будут храниться в течение всего 2024 года и будут уничтожены в начале 2025 года.

## 1) ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТА «МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ», УЧЕТНАЯ ФОРМА 103/У

Медицинское свидетельство о рождении выдается на новорожденных, родившихся живыми в соответствии с *критериями рождения* при наличии *признаков живорождения*. При многоплодных родах свидетельство оформляется на каждого ребенка в отдельности в порядке их рождения.

Медицинскими *критериями рождения* являются:

1) При сроке беременности 22 недели и более:

- масса тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах),
- длина тела ребенка при рождении 25 см и более (если масса тела ребенка при рождении неизвестна).

2) При сроке беременности менее 22 недель (или если масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или если длина тела ребенка при рождении менее 25 см, а масса тела неизвестна) – при продолжительности жизни ребенка более 168 часов (7 суток).

*Признаками живорождения* являются дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана пуповина и отделена ли плацента.

Медицинское свидетельство о рождении обычно выдается медицинской организацией, в которой происходили роды. Если роды произошли вне медицинской организации, то свидетельство выдает

- медицинская организация, работник которой оказывал медицинскую помощь при родах;
- медицинская организация, в которую обратилась мать после родов;
- индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность.

Медицинское свидетельство о рождении обычно заполняется врачом. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), где нет врачей, медицинское свидетельство о рождении может оформляться фельдшером или акушеркой.

## 2) ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТА «МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ», УЧЕТНАЯ ФОРМА 106/У

Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего(ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего(ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа без Медицинского свидетельства о смерти запрещается.

Свидетельство может быть выдано:

- близкому родственнику (супругу, детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), при их отсутствии – иным родственникам;
- законному представителю умершего человека;
- правоохранительным органам по их требованию.

Свидетельство выдается в каждом случае смерти **в течение суток** с момента установления причины смерти медицинской организацией (либо индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность).

Медицинское свидетельство о смерти оформляется (формируется):

- после патолого-анатомического вскрытия – врачом-патологоанатомом;
- после проведения судебно-медицинской экспертизы – врачом-судебно-медицинским экспертом;
- в иных (исключительных) случаях на основании осмотра трупа, записи в медицинской документации – врачом (фельдшером, акушеркой), установившим смерть;

- во всех остальных случаях на основании предшествовавшего наблюдения за пациентом – лечащим врачом.

**Запрещается** оформление (формирование) медицинского свидетельства о смерти заочно, без личного установления медицинским работником факта смерти.

Медицинское свидетельство о смерти выдается с пометкой «окончательное», либо «предварительное», либо «взамен предварительного», либо «взамен окончательного»:

- пометка «окончательное» делается в случаях, когда причина смерти считается установленной;
- пометка «предварительное» делается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования (невозможность установления рода смерти или других обстоятельств не должно являться основанием для задержки выдачи Медицинского свидетельства);
- после получения результатов дополнительных исследований врач-судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляет новое Медицинское свидетельство о смерти с пометкой «взамен предварительного»;
- в случае если было выдано Медицинское свидетельство о смерти с пометкой «окончательное», но в дальнейшем причина смерти была уточнена, то выдается новое Медицинское свидетельство о смерти с пометкой «взамен окончательного».

В Медицинских свидетельствах о смерти с пометкой «взамен предварительного» или «взамен окончательного» указываются номер и дата ранее выданного медицинского свидетельства о смерти. Медицинские свидетельства о смерти, выданные с пометками «взамен предварительного» и «взамен окончательного», направляются медицинской организацией в территориальный орган Федеральной службы государственной статистики.

В Медицинском свидетельстве о смерти одной из основных частей является пункт «Причины смерти». В свидетельство **включаются не все состояния**, содержащиеся в заключительном клиническом диагнозе (после проведения вскрытия – патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозе). Из заключительного диагноза выбирается только одна, самая главная, первоначальная причина смерти, которой может быть:

- болезнь или травма (отравление), вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти;
- обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму (отравление).

Пункт «Причины смерти» состоит из двух частей. В *части I* указывают первоначальную причину смерти с ее осложнениями, причем записывают патологический процесс в обратной хронологической последовательности (то состояние, которое возникло последним, указывается самым первым):

- строка «а» – непосредственная причина смерти;
- строка «б» – патологическое состояние, которое привело к возникновению непосредственной причины смерти;
- строка «в» – первоначальная причина смерти;
- строка «г» – внешняя причина смерти при травмах (отравлениях) (в этой строке делают запись только в том случае, если причиной смерти являются травмы и отравления).

*Часть II* пункта «Причины смерти» включает прочие важные состояния, способствовавшие смерти:

- заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие, сопутствующие), которые оказали влияние (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть);
- отравления алкоголем, наркотическими средствами, психотропными и другими токсическими веществами;
- произведенные операции или другие медицинские вмешательства (с указанием названия и даты), которые, по мнению медицинского работника, оформляющего свидетельство, имели отношение к смерти.

Количество записываемых в части II состояний не ограничено.

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой причины смерти указывается период времени (в минутах, часах, днях, неделях, месяцах или годах). При этом период, указанный в строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях).

В соответствующей графе для каждой причины смерти указывается код по МКБ-10 (с четвертым знаком после точки). В случае смерти от заболеваний указывается один код первоначальной причины смерти. В случае смерти от травм или отравлений в строке «в» записывают код характера травмы (отравления), а в строке «г» – код внешней причины. Код первоначальной причины смерти подчеркивается. Коды других причин записываются без подчеркивания.

### **3) ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТА «МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ», УЧЕТНАЯ ФОРМА 106-2/У**

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется (формируется):

- на ребенка, родившегося живым при сроке беременности 22 недели и более и умершего в первые 168 часов (полные 7 суток) жизни;
- на ребенка, родившегося мертвым при сроке беременности 22 недели и более при отсутствии у новорожденного всех признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры).

На ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, оформляют (формируют) два свидетельства: Медицинское свидетельство о рождении (уч. форма 103/у) и Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (уч. форма 106-2/у).

При многоплодных родах отдельно оформляют (формируют) Медицинские свидетельства о перинатальной смерти на каждого ребенка, рожденного мертвым или родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти выдается:

- родителям (одному из родителей);
- родственнику одного из родителей или иному уполномоченному родителями лицу (в случае если родители не имеют возможности лично получить медицинское свидетельство);
- должностному лицу медицинской организации, в которой находилась мать во время родов или находился ребенок;
- правоохранительным органам по их требованию.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляет (формирует):

- медицинская организация, врач которой оказывал медицинскую помощь при родах или проводил судебно-медицинскую экспертизу;
- медицинская организация, в которую обратилась мать после родов;
- индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти выдается в каждом случае смерти **в течение суток** с момента установления причины смерти.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется (формируется) следующими медицинскими работниками:

- после патолого-анатомического вскрытия – врачом-патологоанатомом;
- после проведения судебно-медицинской экспертизы – врачом-судебно-медицинским экспертом (судебно-медицинская экспертиза проводится, если смерть случилась не в медицинской организации, либо имеются подозрения на насильственную смерть);
- в иных (исключительных) случаях на основании осмотра трупа, записи в медицинской документации – врачом (фельдшером, акушеркой), установившим смерть;
- во всех остальных случаях на основании предшествовавшего наблюдения за матерью ребенка – лечащим врачом.

Запрещается оформление (формирование) медицинского свидетельства о перинатальной смерти заочно, без личного установления медицинским работником факта смерти.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти также имеет пометку «окончательное», либо «предварительное», либо «взамен предварительного», либо «взамен окончательного» (см. «Медицинское свидетельство о смерти»).

В пункте «*Причины перинатальной смерти*» отражаются не только причины смерти (рождения мертвым) ребенка, но и патология со стороны материнского организма, оказавшая неблагоприятное воздействие на плод (ребенка):

- в строке «а» указывают основное заболевание (патологическое состояние) плода (ребенка), которое (по мнению лица, заполняющего свидетельство) внесло наибольший вклад в его смерть;
- в строке «б» указывают другие заболевания (патологические состояния) плода (ребенка), если таковые имеются;
- в строках «в» и «г» записывают болезни или состояния матери, которые (по мнению лица, заполняющего свидетельство) оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на умерший плод (ребенка); при этом наиболее важное заболевание или состояние матери указывают в строке «в», другие заболевания или состояния (если таковые имеются) – в строке «г»;
- в строке «д» записывают другие обстоятельства, которые способствовали смерти, но не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние плода, ребенка или матери.

В строках «а» и «в» (основное заболевание, состояние ребенка и матери) указывается только по одному заболеванию (состоянию) и соответственно только по одному коду по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10). В остальных строках может быть записано несколько заболеваний (состояний). Формулировки заболеваний и состояний записывают на русском языке без сокращений. Формат записи заболевания (состояния) должен соответствовать формату статистической формулировки в соответствии с МКБ-10.

Если установить заболевание (состояние) матери, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на плод (ребенка), не представляется возможным, в строках «в» и «г» делается запись «неизвестно» или «не установлено», а для кодирования используют искусственный код XXX.X.