

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З № 7 6 1

от 30 июля 2012 г.

г. Брянск

«Об утверждении методических рекомендаций
«О порядке заполнения, выдачи, учета и хранения
медицинского свидетельства о смерти в медицинских
организациях Брянской области»»

В целях качественного выполнения приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 782н от 26.12.2008г. «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти», приказа департамента здравоохранения № 719 от 20.09.2011г. «Об учете медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в медицинских организациях Брянской области»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить Методические рекомендации «О порядке заполнения, выдачи, учёта и хранения медицинского свидетельства о смерти в медицинских организациях Брянской области» (приложение).

2. Руководителям медицинских организаций принять к неукоснительному выполнению настоящие методические рекомендации.

3. Директору ГБУЗ «Патологоанатомический институт», главному патологоанатому департамента здравоохранения Трошину В.П., начальнику ГБУЗ «Брянское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», главному специалисту по судебно-медицинской экспертизе департамента здравоохранения Подоляко В.П., заведующему патологоанатомическим отделением ГБУЗ «Брянская областная детская больница», главному детскому патологоанатому департамента здравоохранения Молчанову А.В. обеспечить необходимый контроль выполнения настоящих методических рекомендаций на территории Брянской области.

4. Считать утратившим силу приказ департамента здравоохранения № 548 от 24.06.2008г.

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на первого заместителя директора департамента здравоохранения Карпенко С.Н.

Директор
департамента здравоохранения

В.Н. Дорощенко

**О порядке заполнения, выдачи, учёта и хранения
медицинского свидетельства о смерти в медицинских организациях
Брянской области
(методические рекомендации)**

**Рекомендации
о порядке заполнения, выдачи, учета и хранения учетной формы N 106/у-08
"Медицинское свидетельство о смерти"**

I. Общие положения

1. В соответствии со статьей 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2002, N 18, ст. 1724; 2003, N 17, ст. 1553, N 28, ст. 2889, N 50, ст. 4855; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1, ст. 25; 2006, N 1, ст. 10, N 31, ст. 3420) (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти" (далее - Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС) и для государственного статистического учета.

3. Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - медицинская организация).

Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (амбулатория, участковая больница), не имеющих врача Медицинское свидетельство может оформляться фельдшером, что подтверждается приказом по учреждению. Не допускается выдача Медицинского свидетельства фельдшерами в случаях младенческой, материнской и насильственной смерти.

4. 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 если смерть наступила в поезде, самолете, на морском судне или другом транспортном средстве во время следования, государственная регистрация смерти может быть произведена органом ЗАГС, расположенным на территории, в пределах которой умерший(ая) был(а) снят(а) с транспортного средства.

В случае если смерть наступила во время работы в экспедиции, на полярной станции или в отдаленной местности, в которой нет органов ЗАГС, государственная регистрация смерти может быть произведена в ближайшем к фактическому месту смерти органе ЗАГС.

II. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о смерти

1. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий.

Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью "исправленному верить", подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

2. Заполнение Медицинского свидетельства производится вписыванием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений.

3. **Заполнению подлежат все пункты Медицинского свидетельства.** В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись "неизвестно", "не установлено" или ставится прочерк.

4. При заполнении Медицинского свидетельства указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО (или ставится специальная печать медицинской организации с этими реквизитами).

Далее указывается дата выдачи Медицинского свидетельства в формате "число, месяц, год" (например, 05.08.2008) и делается отметка о характере заполняемого свидетельства: "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

Медицинское свидетельство с отметкой "предварительное" выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования.

Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство "взамен окончательного".

При выдаче Медицинского свидетельства "взамен предварительного" или "взамен окончательного" ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего Медицинского свидетельства.

Медицинские свидетельства "взамен предварительного" и "взамен окончательного" используются для статистической разработки причин смерти.

5. При заполнении Медицинского свидетельства:

5.1. В пунктах 1 - 3, 5, 6, 12 делается запись в соответствии с документом, удостоверяющим личность умершего(ей);

в пункте 1 указывается фамилия, имя, отчество по данным документа, удостоверяющего личность; у лиц, не достигших возраста четырнадцати лет - на основании свидетельства о рождении.

Если в медицинской организации нет сведений об умершем (погибшем), делается запись "неизвестно" (следует учесть, что умершие, оставшиеся неизвестными, не имеющие документов, удостоверяющих их личность - ФИО, данные которых были заполнены в медицинской документации только со слов, направляются не на патологоанатомическое, а на судебно-медицинское вскрытие) в соответствии с приказом МЗ РФ от 29.04.94 года №82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».

5.2. В пункте 2 указывается пол - мужской или женский; в пункте 3 указывается дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961). В случае если дата рождения неизвестна, во всех подпунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв "XX" вместо неизвестных сведений (например, "XX.XX.1985").

5.3. В пункт 4 из первичной медицинской документации медицинской организации или частнопрактикующего врача вписывается дата смерти умершего(ей) (число, месяц, год, например, 05.12.2007) и время, а если неизвестно, ставится прочерк.

5.4. В пункт 5 "Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей)" вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации,

сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно".

5.5. В пункте 6 указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности.

5.6. В пункте 7 указывается место смерти, которое может не совпадать с местом постоянного жительства (регистрации) умершего(ей).

5.7. В пункте 8 указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности.

5.8. В пункте 9 отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в машине скорой помощи, в стационаре, дома или в другом месте.

5.9. В пункте 10 указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок - доношенным (при сроке беременности 37 - 41 неделя), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переносным (42 полные недели и более).

5.10. В пункте 11 записываются сведения о детях в возрасте от 168 часов до 1 года:

- масса тела при рождении в граммах (например, 1050);
- каким по счету был ребенок у матери (считая умерших, и не считая мертворожденных);
- дата рождения матери (число, месяц, год; например: 20.11.1986) и ее возраст (полных лет).

Все сведения для заполнения пунктов 10 и 11 берутся из соответствующей первичной медицинской учетной документации медицинской организации, осуществлявшей наблюдение и лечение умершего ребенка.

5.11. В пункте 12 "Семейное положение" делается запись о том, состоял(а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно".

Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

- 1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- 2) разрешение на временное проживание;
- 3) вид на жительство;
- 4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у умершего(ей) отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер) заполняет пункты 1 - 3, 5, 6, 12 Медицинского свидетельства и пункты 1 - 3, 5 корешка Медицинского свидетельства со слов родственников, о чем должна быть сделана отметка "со слов родственников" в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя и печатью медицинской организации.

5.12. Пункт 13 "Образование" заполняется со слов родственников:

- в позиции "профессиональное": "высшее" отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; "неполное высшее" - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; "среднее" - окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; "начальное" - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.);

- в позиции "Общее": "среднее (полное)" указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; "основное" - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10 - 11 классов среднего общеобразовательного учреждения; "начальное" - окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4 - 9 классов образовательного учреждения.

5.13. Пункт 14* "Занятость" заполняется со слов родственников:

- в позиции "был(а) занят(а) в экономике":

- к "руководителям и специалистам высшего уровня квалификации" относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.);

- к "прочим специалистам" относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.);

- к "квалифицированным рабочим" относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник

милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин;

- к "неквалифицированным рабочим" относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и другие), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.);

- к "занятым на военной службе" относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны;

• в позиции "не был(а) занят(а) в экономике":

- к "пенсионерам" относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

- к "студентам и учащимся" относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях;

- к "работающим в личном подсобном хозяйстве" относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве;

- к "безработным" относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных;

- к "прочим" относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства;

5.14. В пункте 15 "Смерть произошла" после уточнения обстоятельств случая смерти указывается, смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай, убийство, самоубийство, в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен).

Конкретный род смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай и др.) указывается тот, который был установлен правоохранительными органами и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы.

В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения военной службы по призыву и по контракту (военных сборов) в Медицинском свидетельстве, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление), делается дополнительная запись: "Смерть наступила в

период прохождения действительной военной службы". Эта запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в медицинскую организацию до момента выдачи Медицинского свидетельства. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с прохождением действительной военной службы не производится;

5.15. В пункте 16 "В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти" указывается дата (число, месяц, год; например, 20.07.2008) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла.

Данный пункт может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения;

5.16. В пункте 17 "Причины смерти установлены" делается запись о том, кем были установлены причины: врачом, только установившим смерть, лечащим врачом, фельдшером, патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Выбирается один пункт.

5.17. В пункте 18 "Я, врач (фельдшер)", указывается фамилия, имя, отчество, должность лица заполнившего Медицинское свидетельство, отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти.

5.18. В пункте 20 "В случае смерти в результате ДТП": в случае смерти пострадавших в течение первых 7 суток после ДТП ставят две отметки - "1" и "2", а в случае смерти от последствий ДТП в течение 8-30 суток после него - отметку "1".

5.19. Пункт 21 заполняется в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов.

5.20. В пункте 22 указывается фамилия, имя, отчество врача (фельдшера), заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации (его заместителем), указывается его фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью.

5.21. В пункте 23 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств.

6. При заполнении пункта 19 "Причины смерти" необходимо соблюдать следующий порядок записи причин смерти:

6.1. Из заключительного клинического или патологоанатомического диагноза выбирается одна нозологическая единица (реже синдром) - основное заболевание (или первое заболевание в составе комбинированного основного заболевания) - первоначальная причина смерти. Эта первоначальная причина с

ее осложнениями указывается в подпунктах "а - г" части I пункта 19 Медицинского свидетельства:

- а) непосредственная причина (смертельное осложнение);
- б) промежуточная причина (если это необходимо);
- в) первоначальная причина (основное заболевание или первое в составе комбинированного основного заболевания);
- г) внешняя причина при травмах (отравлениях).

В части II пункта 19 Медицинского свидетельства указываются прочие важные причины смерти: второе в составе комбинированного основного заболевания, наличие алкогольной или наркотической интоксикации.

6.2. Первоначальной причиной смерти являются:

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

6.3. В Медицинское свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния. Из множества формулировок, записанных в первичной медицинской документации, отбирается только необходимая информация.

6.4. Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями:

- в каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления;

- заполнение части I пункта 19 Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1 - 2 осложнения, из которых составляют "логическую последовательность" и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Медицинского свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины;

- в части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

6.5 Часть II пункта 19 включает нозологическую единицу или синдром (сочетанное, конкурирующее, фоновое, а при отсутствии - возможно и важнейшее сопутствующее заболевание, если это целесообразно), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть).

Ряд болезней, таких как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они

были при жизни у умершего(ей), их необходимо включать в часть II пункта 19 Медицинского свидетельства.

В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Хотя количество записываемых состояний не ограничено, но желательно указывать не более 2-х.

6.6. Не следует включать в свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших (это не относится, например, к острой сердечно-сосудистой недостаточности при инфаркте миокарда, к хронической сердечно-сосудистой недостаточности при хронических формах ИБС и т.д.).

6.7. В стандартную статистическую разработку включается только одна первоначальная причина при смерти от заболеваний и две причины при смерти от травм (отравлений): первая - по характеру травмы (XIX класс МКБ-10), вторая - внешняя причина (XX класс МКБ-10).

Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти может указываться не только на строке подпункта в) части I, но и на других строках - б) или даже а), если основное заболевание самостоятельно, без осложнений привело к смерти. В любом случае, первоначальная причина смерти - это самая нижняя запись в пункте 19.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в свидетельстве кодируется по МКБ-10 первоначальная причина смерти (в разделе I) и заболевания раздела II. Непосредственная и «промежуточная» причины смерти не кодируются.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти.

Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10).

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

Следует особенно внимательно подходить к заполнению этого пункта. Если имеются сомнения в точности данных, также как и при их отсутствии, в этой графе ставится прочерк или делается запись «неизвестно».

6.9. Государственная статистика материнской смертности основывается на Медицинских свидетельствах, заполненных на умершую беременную, роженицу, родильницу.

Согласно рекомендациям МКБ-10:

- материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

- Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43-365 дней после окончания беременности.

- Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

- смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами - это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин;

- смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

III. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о смерти

1. В пунктах 1 - 13 корешка Медицинского свидетельства (далее - Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство.

2. В пункте 14 Корешка "Фамилия, имя, отчество получателя" указывается фамилия, имя, отчество получателя Медицинского свидетельства.

Здесь же указывается документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения Медицинского свидетельства и ставится подпись получателя.

3. Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их выдачи в течение 5 календарных лет после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

IV. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о смерти

1. Свидетельство выдается супругу(е), близким родственникам, а при их отсутствии - иным родственникам, законному представителю умершего или иному лицу, взявшим на себя организацию погребения в случае отсутствия членов семьи и близких родственников умершего, при предъявлении ими паспорта; свидетельство выдается не позднее одних суток после патологоанатомического вскрытия или после установления причины смерти - оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось (в соответствии с Законом РФ «О погребении и похоронном деле»). Корешок остается в медицинской организации.

2. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа без свидетельства запрещается (за исключением передачи трупа на патологоанатомическое вскрытие в патологоанатомическое отделение другой медицинской организации, на судебно-медицинскую экспертизу).

3. Когда захоронение умершего(ей) производится медицинской организацией (для неостребованных тел умерших), последняя обязательно заполняет Медицинское свидетельство и представляет его по истечению срока - 14 суток в орган ЗАГС для государственной регистрации.

4. Свидетельство может выдаваться с пометкой «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного» (см. п. 4 ч. II данных рекомендаций).

5. Патологоанатомическому вскрытию подлежат все умершие в учреждениях здравоохранения от ненасильственных причин, что предусмотрено приказом Минздравмедпрома от 29.04.1994 № 82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий». В соответствии со статьей 67 «Проведение патологоанатомических вскрытий» ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»:

1) Патологоанатомические вскрытия проводятся врачами соответствующей специальности в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания.

2) Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3) По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патологоанатомическое вскрытие не производится, **за исключением случаев:**

- подозрения на насильственную смерть;
- невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- смерти:
 - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
- рождения мертвого ребенка;
- необходимости судебно-медицинского исследования.

Главному врачу принадлежит право отмены вскрытия в исключительных случаях (кроме случаев, перечисленных в пункте 3 статьи 67 ФЗ № 323-ФЗ). В этом случае обязательно наличие письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо заверенное в установленном порядке волеизъявление самого умершего, сделанное при жизни. Об отмене вскрытия главный врач дает письменное указание в истории болезни или родов либо в карте амбулаторного больного с обоснованием причины отмены вскрытия.

В случаях смерти от насильственных причин или подозрении на них, от механических повреждений, отравлений, в том числе этиловым спиртом, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта, произведенного вне лечебно-профилактического учреждения, а также при неустановлении личности умершего труп подлежит **судебно-медицинскому исследованию.**

В этих случаях руководитель медицинской организации обязан незамедлительно известить правоохранительные органы для решения вопроса о назначении судебно-медицинской экспертизы. Вышеуказанное положение распространяется на случай смерти лица, находившегося на лечении в медицинской организации, при подозрении, что смерть наступила от насильственной причины, либо при обстоятельствах, указывающих на ненадлежащее исполнение медицинским персоналом своих должностных и

профессиональных обязанностей. При этом на судебно-медицинское вскрытие должны одновременно представлены: постановление на назначении судебно-медицинской экспертизы, пронумерованные и прошнурованные подлинники медицинских документов, тело умершего.

При обнаружении признаков насильственной смерти или подозрений на нее патологоанатомическое вскрытие прекращают, извещают правоохранительные органы с целью назначения судебно-медицинского исследования, труп с медицинскими документами, протоколом проведения патологоанатомических действий направляется на судебно-медицинское исследование.

Судебно-медицинский эксперт выдает окончательное медицинское свидетельство о смерти. Если для установления или уточнения причины смерти необходимо получение дополнительных сведений или проведение лабораторных исследований, то выдается предварительное свидетельство. Невозможность установления рода смерти, обстоятельств и места травмы (отравления) к моменту выдачи медицинского свидетельства о смерти не является основанием для задержки выдачи предварительного медицинского свидетельства о смерти.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений судебно-медицинский эксперт составляет новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» (или «взамен окончательного») и пересылает его в соответствующий территориальный орган государственной статистики.

В случаях внебольничных смертей пациентов (на дому) врачом терапевтом участковым должен быть оформлен посмертный эпикриз, записан заключительный диагноз в соответствии с установленными требованиями. Если пациент наблюдался и первоначальная причина смерти известна, врач терапевт участковый на основании записей в медицинской документации, наличия заявления от родственников о выдаче тела умершего без вскрытия, выдает Медицинское Свидетельство, о чём делает запись и проставляет номер выданного свидетельства о смерти в амбулаторной карте. Во всех остальных случаях, когда причину смерти установить нельзя, выдается направление на патологоанатомическое, или судебно-медицинское вскрытие (Приказ Минздравмедпрома РФ от 29 апреля 1994 г. № 82 "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий").

6. Запрещается оформление Медицинского свидетельства заочно, без личного установления врачом (фельдшером) факта смерти.

Медицинское свидетельство может быть заполнено врачом, установившим смерть при отсутствии подозрения на насильственную смерть только на основании осмотра трупа, если умерший(ая) наблюдался(ась), лечился(ась) по поводу известного заболевания.

7. Медицинское свидетельство подписывает руководитель медицинской организации (его заместитель), в которой произошла смерть или проводилось

вскрытие. Заверяется Медицинское свидетельство круглой печатью медицинской организации.

8. Медицинские организации ведут **учет** бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства.

Бланки свидетельств относятся к разряду бланков строгой отчетности. Приказом руководителя медицинской организации назначается лицо, персонально ответственное за учет, хранение и использование бланков свидетельства.

Бланки свидетельств, брошюруются в книжки по 20 экз., прошиваются, скрепляются подписью руководителя медицинской организации или его заместителя и опечатываются. Они хранятся в патологоанатомическом отделении, а в медицинской организации, не имеющих своего патологоанатомического отделения, - в установленном приказом руководителя учреждения месте (в надежно запираемом и опечатываемом шкафу или сейфе). Корешки бланков выданных свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах свидетельства, хранятся там же.

Учет выдачи свидетельств производится в специальном журнале «Журнал учета выдачи бланков «Медицинского свидетельства о смерти». Листки журналов прошиваются и опечатываются. Эти журналы хранятся вместе со сброшюрованными бланками свидетельств и корешками бланков выданных свидетельств в патологоанатомическом отделении, а в медицинских организациях, не имеющих своего патологоанатомического отделения, - в установленном приказом руководителя учреждения месте (в надежно запираемом и опечатываемом шкафу или сейфе). В медицинской организации журнал заполняется сотрудником, персонально ответственным за учет, хранение и использование бланков свидетельств, назначенным приказом руководителя медицинской организации.

Корешки бланков свидетельств о смерти и журнал их учета **хранятся 5 лет** после календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего списываются и уничтожаются комиссионно, с составлением акта в соответствии с действующими нормативными документами.

В медицинских организациях, не имеющих патологоанатомического отделения, в выходные и праздничные дни бланки свидетельств (в сброшюрованном виде) выдаются дежурному врачу под роспись в журнале их учета с указанием количества бланков и их номеров.

Проверка соблюдения правил оформления, выдачи и хранения бланков свидетельств, журнала их учета производится не реже одного раза в 6 месяцев комиссией, назначаемой руководителем медицинской организации, результаты вносятся в журнал учета бланков свидетельств. В случае обнаружения нарушений комиссия производит служебное расследование, результаты которого оформляются актом и доводятся до сведения руководителя медицинской организации для принятия соответствующих мер.

9. Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

Согласно приказу департамента здравоохранения №719 от 20.09.2011 года «Об учете медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в медицинских организациях Брянской области» централизованное изготовление бланков Медицинских свидетельств осуществляет ГАУЗ «МИАЦ» по заявке медицинских организаций.

10. Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись "испорчено" и они остаются в книжке бланков.

11. В случае утери Медицинского свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу "дубликат" на основании находящихся на хранении корешка бланка ранее выданного свидетельства и другой медицинской документации. Письменное заявление данного лица хранятся в патологоанатомическом отделении (или в медицинской организации, которая выдала ранее свидетельство) и могут быть уничтожены только через 5 календарных лет с момента выдачи дубликата свидетельства, вместе с соответствующим корешком свидетельства.

12. Организация **контроля** правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта Российской Федерации.

В медицинской организации функции контроля качества заполнения должны быть возложены приказом на заместителя руководителя. Ответственный в медицинской организации обеспечивает контроль достоверности выдаваемых Медицинских свидетельств, своевременности, качества их заполнения, а также кодирование по МКБ-Х и представления в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти (в случаях, если МО осуществляет захоронение).

Руководители органов управления здравоохранением муниципальных образований, главные врачи **ЦРБ** должны назначить специалиста, ответственного за правильное заполнение Медицинских свидетельств и кодирование основных причин смерти по МКБ-Х, для ежемесячного просмотра и проверки качественного заполнения Медицинских свидетельств в органах ЗАГС.

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильного заполнения Медицинского свидетельства:

а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и

обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства;

б) обеспечивает разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и т.д.

На уровне субъекта Российской Федерации уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят такую проверку в ТО Федеральной службы государственной статистики по Брянской области (Брянскстат). Ежемесячный сплошной контроль качества заполнения и кодирования причин смерти по МКБ-Х Медицинских свидетельств в случаях ненасильственной смерти в Брянскстате приказом департамента здравоохранения №294 от 14.04.2008г. возложен на директора ГБУЗ «Патологоанатомический институт» В.П.Трошина, в случаях насильственной смерти - на начальника ГБУЗ «Брянское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» В.П. Подоляко, с ежемесячной передачей результатов проверок в ГБУЗ «Патологоанатомический институт» для обобщения. В случаях смерти детей контроль качества оформления и кодирования причин смерти Медицинских свидетельств приказом департамента здравоохранения № 704 от 11.07.2012г. возложен на заведующего патологоанатомическим отделением ГБУЗ «Брянская областная детская больница» А.В. Молчанова, с ежемесячной передачей результатов проверок в ГБУЗ «Патологоанатомический институт».

14. Сведения о выдаче Медицинского свидетельства (дата выдачи, номер, серия и причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в первичной медицинской документации.

Рекомендации

о порядке заполнения, выдачи, учета и хранения учетной формы N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти"

I. Общие положения

1. В соответствии со статьей 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2002, N 18, ст. 1724; 2003, N 17, ст. 1553, N 28, ст. 2889, N 50, ст. 4855; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1, ст. 25; 2006, N 1, ст. 10, N 31, ст. 3420) (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" (далее - Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации мертворожденного и смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, в органах,

осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС) и для государственного статистического учета.

3. Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - медицинская организация).

4. Медицинское свидетельство выдает патологоанатом, судебно-медицинский эксперт или та медицинская организация, врач которой оказывал медицинскую помощь при родах, или та, в которую обратилась мать после родов. Это относится ко всем случаям родов в стационаре, на дому или в другом месте.

5. Все умершие в медицинских организациях новорожденные, а также мертворожденные массой тела при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах), длиной тела при рождении 25 см и более, при сроке беременности 22 недели и более, включая случаи после прерывания беременности по медико-генетическим и социальным показаниям, подлежат обязательному патологоанатомическому вскрытию.

В случае мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни вне стационара без присутствия врача (фельдшера, акушерки) проводится судебно-медицинское исследование, при этом Медицинское свидетельство заполняет судебно-медицинский эксперт, в случаях отсутствия признаков насильственной смерти производится патологоанатомическое вскрытие и свидетельство выдает патологоанатом.

Трупы плодов и умерших новорожденных направляются на патологоанатомическое вскрытие вместе с последом. На вскрытии необходимо присутствие врача акушера-гинеколога и неонатолога.

6. Если случай мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни произошел на судне, в самолете, в поезде или на другом транспортном средстве во время его следования, Медицинское свидетельство выдает медицинская организация, расположенная по маршруту следования транспортного средства.

II. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о перинатальной смерти

1. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства,

изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий.

Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью "исправленному верить", подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

2. Заполнение Медицинского свидетельства производят вписыванием необходимых сведений и подчеркиванием соответствующих обозначений.

3. **Заполнению подлежат все пункты** Медицинского свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись "неизвестно", "не установлено" или ставится прочерк.

4. При заполнении Медицинского свидетельства указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО.

Далее указывается дата выдачи Медицинского свидетельства (число, месяц, год) и подчеркивается его вид: "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного". При заполнении Медицинского свидетельства "взамен предварительного" или "взамен окончательного" дополнительно указывается серия и номер ранее оформленного Медицинского свидетельства (предварительного или окончательного).

5. При заполнении Медицинского свидетельства:

5.1. В пункте 1 "Роды мертвым плодом" указывается дата мертворождения - число, месяц, год, а также время - часы, минуты (например, 20.07.2007; 14.30).

5.2. В пункте 2 "Ребенок родился живым" указывается дата рождения живого ребенка, а затем дата его смерти. При этом указывается число, месяц, год, а также часы, минуты рождения и смерти.

5.3. В пункте 3 "Смерть наступила" делается отметка в позиции, указывающей, когда наступила смерть: до начала родов (1), во время родов (2), после родов (3) или в неизвестный период (4).

5.4. В пунктах 4 - 11 указываются сведения о матери мертворожденного или ребенка, умершего до 7 полных суток жизни.

5.5. Пункт 4 "Фамилия, имя и отчество" заполняется полностью по данным паспорта матери или иного документа, удостоверяющего личность матери, а фамилия, имя, отчество несовершеннолетней матери, не достигшей возраста четырнадцати лет, - на основании свидетельства о ее рождении. Если нет сведений, делается запись "неизвестно".

5.6. В пункте 5 "Дата рождения" указывается число, месяц, год - на основании данных, содержащихся в документе, удостоверяющем личность матери (например, 20.07.1977).

В случае если дата рождения матери неизвестна, во всех позициях пункта 5 ставится прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв "XX" вместо неизвестных сведений (например, "XX.XX.1985").

5.7. В пункт 6 "Место постоянного жительства (регистрации)" вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно".

5.8. В пункте 7 "Местность" указывают принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности.

5.9. В пункте 8 "Семейное положение" указывается, состоит ли женщина или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно".

Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

2) разрешение на временное проживание;

3) вид на жительство;

4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у матери отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач заполняет пункты 4 - 8 Медицинского свидетельства и пункты 4 - 7 корешка Медицинского свидетельства со слов матери, о чем должна быть сделана отметка "со слов матери" в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя медицинской организации и печатью;

5.10. Пункт 9 "Образование" заполняется со слов матери:

- в позиции "профессиональное": "высшее" отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; "неполное высшее" - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; "среднее" - окончившим среднее специальное

учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; "начальное" - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.);

- в позиции "Общее": "среднее (полное)" указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; "основное" - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10-11 классов среднего общеобразовательного учреждения; "начальное" - окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4 - 9 классов образовательного учреждения;

5.11. Пункт 10* "Занятость" заполняется со слов матери:

• в позиции "была занята в экономике":

- к "руководителям и специалистам высшего уровня квалификации" относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.);

- к "прочим специалистам" относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.);

- к "квалифицированным рабочим" относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин;

- к "неквалифицированным рабочим" относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и др.), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, транспорте (погонщик скота, рабочий на

пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих для всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.);

- к "занятым на военной службе" относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны;

- в позиции "не была занята в экономике":

- к "пенсионерам" относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

- к "студентам и учащимся" относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях;

- к "работающим в личном подсобном хозяйстве" относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве;

- к "безработным" относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных;

- к "прочим" относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства.

5.12. В пункт 11 "Которые по счету роды" включаются сведения (с учетом мертворождений), которые берутся из соответствующей медицинской документации.

5.13. В пунктах 12 - 20 указываются сведения о ребенке, умершем до 7 полных суток жизни или о мертворожденном из соответствующей медицинской документации.

5.14. В пункте 12 "Фамилия ребенка (плода)" - фамилия новорожденного (мертворожденного) ребенка (плода) указывается по желанию родителей в случае, если родители имеют одинаковую фамилию.

5.15. В пункте 13 "Место смерти (мертворождения)" указывается название республики (края, области), района, города (села), где произошла смерть (мертворождение). Если нет сведений - делается запись "неизвестно".

5.16. В пункте 14 "Местность" указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности.

5.17. В пункте 15 "Смерть (мертворождение) произошла(о)" отмечается позиция, в которой указывается, где последовала смерть: в стационаре, дома, в другом месте или неизвестно.

5.18. В пункте 16 "Пол" делается отметка: "мальчик" или "девочка".

5.19. В пункт 17 "Масса тела ребенка (плода) при рождении" вписывается масса тела в граммах, зарегистрированная при мертворождении или рождении ребенка.

У живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни. Фактическая масса должна быть зафиксирована с той степенью точности, с которой она была измерена в граммах (например, 3253);

5.20. Пункт 18 "Длина тела ребенка (плода) при рождении" включает длину тела от макушки до пяток, измеренную в сантиметрах (например, 52).

5.21. Пункте 19 "Мертворождение или живорождение произошло" делается отметка в первой позиции, если роды одноплодные, во второй и третьей позициях ставятся прочерки; в случае многоплодных родов в первой позиции ставится прочерк, заполняются позиции 2 и 3. Например, в случае рождения ребенка вторым из тройни следует в первой позиции поставить прочерк, во второй позиции записать "2" и в третьей позиции записать "3".

5.22. Пункт 20 "Которым по счету ребенок был рожден у матери" заполняется, считая умерших и не считая мертворожденных при предыдущих родах.

5.23. В пункте 21 "Смерть ребенка (плода) произошла" делается отметка в одной из позиций: от заболевания, несчастного случая, убийства или род смерти не установлен.

5.24. В пункте 22 "Лицо, принимавшее роды" указывается, кем были приняты роды: врачом, фельдшером (акушеркой) или другим лицом.

5.25. В пункте 23 "Причины перинатальной смерти" делается запись как причин смерти плода или новорожденного, так и патологии со стороны материнского организма, оказавшего на него неблагоприятное воздействие.

Запись причин перинатальной смерти производится на строках подпунктов а) - д). В строках подпунктов а) и б) указываются **болезни или патологические состояния мертворожденного или ребенка**, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни. Причем одно, основное заболевание, записывается на строке подпункта а), а остальные, если таковые имеются, на строке подпункта б). Под "основным" подразумевается заболевание (состояние), которое, по мнению лица, заполняющего Медицинское свидетельство, внесло наибольший вклад в причину мертворождения или смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов суток жизни. Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, недоношенность, характеризующие механизм смерти, не следует вписывать в строку подпункта а), если только они не были единственными известными состояниями ребенка, родившегося мертвым, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни.

На строках подпунктов в) и г) следует записывать **болезни или состояния матери**, которые, по мнению лица, заполняющего Медицинское свидетельство, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на ребенка, родившегося мертвым или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни. В этом случае наиболее важное заболевание (состояние) нужно записывать на строке подпункта "в", а другие, если таковые имеются, на строке подпункта г).

Строка подпункта д) предусмотрена для записи **других обстоятельств**, которые способствовали смерти, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние плода, ребенка или матери, например: внешние причины при травмах и отравлениях, родоразрешение при отсутствии лица, принимающего роды, название операции или другого

медицинского вмешательства с указанием даты, жестокое обращение с ребенком.

На строках подпунктов а) и в) может быть записано только по одному заболеванию (состоянию) и соответственно по одному коду. На остальных строках может быть записано несколько заболеваний (состояний). Формулировки заболеваний и состояний должны быть записаны только по-русски и без сокращений.

Если установить заболевание (состояние) матери или состояние плаценты, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на мертворожденного или живорожденного, умершего до 7 полных суток жизни, не представляется возможным, рекомендуется сделать запись на строках подпунктов в) и г) - "неизвестно", "не установлено", а для кодирования используют искусственный код ХХХ.Х на строке подпункта в).

Кодирование причин перинатальной смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10.

Каждое заболевание (состояние), записанное в строках подпунктов а), в) и д), следует кодировать отдельно. Основное заболевание (состояние) матери, оказавшее влияние на мертворожденного или живорожденного и умершего на первой неделе жизни ребенка, записанное на строке подпункта в), необходимо кодировать одной из рубрик **P00-P04**; эти рубрики нельзя использовать для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строке подпункта а).

Для кодирования заболеваний (состояний) мертворожденного, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни ребенка, записанных на строке подпункта а), в большинстве случаев нужно использовать **рубрики P05-P96** (Перинатальные состояния) или **Q00-Q99** "Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения", но можно использовать любые другие рубрики, кроме P00-P04 "Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения".

Для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строках а) и в), используют один код.

Для кодирования внешних причин при травмах и отравлениях используются коды ХХ класса МКБ-10, указывающиеся на строке подпункта д). Другие обстоятельства, записанные на этой строке, обычно не нуждаются в кодировании.

В случае смерти **от травм или отравлений** проставляется **три кода**: первый - по характеру травмы мертворожденного или ребенка - на строке подпункта а), второй - код основного заболевания матери - на строке подпункта в) и третий - код внешней причины - на строке подпункта д).

В актовую запись в органах ЗАГС вносят причины смерти, указанные в строках подпунктов а), в) и д), и коды, соответствующие этим причинам.

Термин "Синдром внезапной смерти грудного ребенка" применяется только у детей в возрасте от 7 дней до 1 года, в связи с чем для кодирования случаев перинатальной смерти не применяется;

При заполнении пункта в графе "Код по МКБ-10" должны указываться **два кода**: первый - **основного заболевания мертворожденного или заболевания ребенка**, приведшего его к смерти, второй - код **основного заболевания матери**, оказавшего поражающее влияние на новорожденного (или мертворожденного), в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10);

5.25. В пункте 24 "Причины перинатальной смерти установлены" указывается:

а) кем установлена причина мертворождения или смерти ребенка в 0-168 часов жизни;

б) на основании чего установлена причина перинатальной смерти - только осмотра трупа; записей в медицинской документации; собственного предшествовавшего наблюдения или вскрытия. Подпункт "осмотр трупа" рекомендуется использовать только в исключительных случаях, так как установить причину смерти только на основании внешнего осмотра трупа, как правило, невозможно;

5.26. В пункте 25 указывается должность, фамилия, имя, отчество врача, заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское свидетельство подписывается руководителем (его заместителем) медицинской организации с указанием его фамилии, имени, отчества и заверяется круглой печатью;

в пункте 26 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств.

III. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о перинатальной смерти

1. В пунктах 1-11 корешка Медицинского свидетельства (далее - Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Корешок подписывается врачом, оформившим Медицинское свидетельство.

2. В пункте 12 Корешка указывается должность, фамилия, имя, отчество врача, заполнившего Медицинское свидетельство и ставится его подпись.

3. В пункте 13 Корешка "Запись акта о мертворождении, смерти" указывают N актовой записи, дату, наименование органа ЗАГС и фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС, осуществившего регистрацию.

4. В пункте 14 Корешка указывается фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему) ребенку получателя Медицинского свидетельства (мать, отец, бабушка и др.).

Здесь же указываются документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения и ставится подпись получателя.

5. Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их заполнения в течение 5 календарных лет после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

IV. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о перинатальной смерти

1. Медицинское свидетельство для регистрации в органах ЗАГС заполняется на: родившихся живыми или мертвыми при сроке беременности 22 недели и более, массой тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах), длиной тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна).

2. Медицинское свидетельство выдается в случаях, когда произошла антенатальная смерть (смерть плода во время беременности, до начала родов) одного из плодов при многоплодной беременности на ранних ее сроках, и масса плода менее 500 граммов, а роды произошли при сроке беременности 22 недель и более.

3. На ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, заполняют 2 свидетельства: Медицинское свидетельство о рождении и Медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

На каждый случай мертворождения заполняется 1 Медицинское свидетельство.

4. При многоплодных родах отдельно заполняют Медицинские свидетельства на каждого мертворожденного или родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни.

5. В соответствии с пунктом 4 статьи 20 Федерального закона заявление в органы ЗАГС о мертворождении и смерти ребенка, умершего в первые 168 часов жизни, должно быть сделано не позднее чем через три дня со дня установления факта мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни.

Регистрация в органах ЗАГС мертворожденных и детей, умерших до 7 полных суток жизни, производится в течение трех дней:

- медицинской организацией, в которой произошел случай мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни;

- при родах, принятых на дому - медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой принимал роды или констатировал смерть новорожденного;

- при смерти ребенка в первые 168 часов жизни на дому - медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой оказывал медицинскую помощь новорожденному и установил его смерть на дому;

- в случаях судебно-медицинского исследования - бюро судебно-медицинской экспертизы.

Во всех остальных случаях, когда Медицинское свидетельство не может быть выдано, регистрация в органах ЗАГС производится в судебном порядке.

6. Медицинское свидетельство выдается с отметкой: "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного", "взамен окончательного".

Медицинское свидетельство с отметкой "предварительное" выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования.

Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее, чем через 45 дней после установления причины смерти, судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство "взамен окончательного".

При выдаче Медицинского свидетельства "взамен предварительного" или "взамен окончательного" ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего Медицинского свидетельства.

7. Медицинское свидетельство подписывает руководитель (его заместитель), медицинской организации где произошли роды и заверяется круглой печатью.

8. Медицинские организации ведут учет бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства.

Бланки свидетельств относятся к разряду бланков строгой отчетности. Приказом руководителя медицинской организации назначается лицо, персонально ответственное за учет, хранение и использование бланков свидетельства.

Бланки свидетельств, брошюруются в книжки по 20 экз., прошиваются, скрепляются подписью руководителя медицинской организации или его заместителя и опечатываются. Они хранятся в патологоанатомическом отделении, а в медицинской организации, не имеющих своего

патологоанатомического отделения, – в установленном приказом руководителя учреждения месте (в надежно запираемом и опечатываемом шкафу или сейфе). Корешки бланков выданных свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах свидетельства, хранятся там же.

Учет выдачи свидетельств производится в специальном журнале «Журнал учета выдачи бланков «Медицинского свидетельства о смерти». Листки журналов прошиваются и опечатываются. Эти журналы хранятся вместе со сброшюрованными бланками свидетельств и корешками бланков выданных свидетельств в патологоанатомическом отделении, а в медицинских организациях, не имеющих своего патологоанатомического отделения, - в установленном приказом руководителя учреждения месте (в надежно запираемом и опечатываемом шкафу или сейфе). В медицинской организации журнал заполняется сотрудником, персонально ответственным за учет, хранение и использование бланков свидетельств, назначенным приказом руководителя медицинской организации.

Корешки бланков свидетельств о смерти и журнал их учета **хранятся 5 лет** после календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего списываются и уничтожаются комиссионно, с составлением акта в соответствии с действующими нормативными документами.

В медицинских организациях, не имеющих патологоанатомического отделения, в выходные и праздничные дни бланки свидетельств (в сброшюрованном виде) выдаются дежурному врачу под роспись в журнале их учета с указанием количества бланков и их номеров.

Проверка соблюдения правил оформления, выдачи и хранения бланков свидетельств, журнала их учета производится не реже одного раза в 6 месяцев комиссией, назначаемой руководителем медицинской организации, результаты вносятся в журнал учета бланков свидетельств. В случае обнаружения нарушений комиссия производит служебное расследование, результаты которого оформляются актом и доводятся до сведения руководителя медицинской организации для принятия соответствующих мер.

Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

10. Согласно приказа департамента здравоохранения №719 от 20.09.2011 года «Об учете медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в медицинских организациях Брянской области» централизованное изготовление бланков Медицинских свидетельств области осуществляет ГАУЗ «МИАЦ» по заявке медицинских организаций.

11. Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись "испорчено" и они остаются в книжке бланков.

12. В случае утери Медицинского свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу "дубликат" в соответствии с находящейся на хранении первичной медицинской документацией.

13. Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта Российской Федерации.

В медицинской организации функции контроля качества заполнения должны быть возложены приказом на заместителя руководителя. Ответственный в медицинской организации обеспечивает контроль достоверности выдаваемых Медицинских свидетельств, своевременности, качества их заполнения, а также кодирование по МКБ-Х и представления в трехдневный срок в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти.

Руководители органов управления здравоохранением муниципальных образований, главные врачи **ЦРБ** должны назначить специалиста, ответственного за правильное заполнение Медицинских свидетельств и кодирование основных причин смерти по МКБ-Х, для ежемесячного просмотра и проверки качественного заполнения Медицинских свидетельств органах ЗАГС.

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильного заполнения Медицинского свидетельства:

а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства;

б) обеспечивает разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и т.д.

На уровне **субъекта** Российской Федерации уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят такую проверку в ТО Федеральной службы государственной статистики по Брянской области (Брянкстат). Ежемесячный сплошной контроль качества заполнения и кодирования причин смерти по МКБ-Х в Брянкстате Медицинских свидетельств приказом департамента здравоохранения № 704 от 11.07.2012г. возложен на заведующего патологоанатомическим отделением ГБУЗ «Брянская областная детская больница» А.В. Молчанова, с ежемесячной передачей результатов проверок в ГБУЗ «Патологоанатомический институт».

14. Сведения о выдаче Медицинского свидетельства (дата выдачи, номер и серия, причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в соответствующей медицинской документации.

Основное учреждение-разработчик - ГАУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»: 241011, г. Брянск, ул. Луначарского, 9а.
Тел.: (4832) 64-22-06, т/факс: 64-93-86, E-mail: miac@brkmed.ru

Методические рекомендации подготовлены авторским коллективом в составе:

Е.А. Ермилова, директор ГАУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» (редактор),

В.П. Трошин, директор ГБУЗ «Патологоанатомический институт», доктор медицинских наук, главный специалист патологоанатом,

А.В. Молчанов, зав. патологоанатомическим отделением ГБУЗ «Брянская областная детская больница», главный детский патологоанатом,

В. П. Подоляко, начальник ГБУЗ «Брянское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, главный специалист по судебно-медицинской экспертизе .

О порядке заполнения, выдачи, учета и хранения медицинского свидетельства о смерти в медицинских организациях Брянской области
(методические рекомендации)

При перепечатке ссылка обязательна

Методические рекомендации предназначены для практических врачей всех клинических специальностей, организаторов здравоохранения, врачей статистиков, судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов.