Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) (Форма 106/у-10)

Утверждено постановлением Минздрава от 16.12.2010 N 168

```
_____
(наименование организации здравоохранения)
                                                          Форма 106/у-10
                                  Корешок
       врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) N _____
     "Окончательное", "Предварительное", "Взамен предварительного",
                    "Взамен окончательного" N ______
                              (подчеркнуть)
1. Фамилия, собственное имя, отчество умершего (фамилия матери
мертворожденного) ____________________________________________________
                  ------ ------ ------------
2. Дата рождения: ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦¦ ¦¦ ¦, для детей 1-го месяца
                  ------ ------ ------------
                  число  месяц      год
     ------ ------
жизни ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦
     ------ ------
      часы  минуты
                                                  ------------
3. Масса тела ребенка (плода) при рождении: граммов ¦ ¦¦ ¦¦ ¦¦ ¦ <*>
                                                  ------------
                              ------ ------ ------------
4. Дата смерти (обнаружения): ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦¦ ¦¦ ¦,
                              ------ ------ ------------
                              число  месяц       год
                               ------ ------
  для детей 1-го месяца жизни ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦
                               ------ ------
                                часы  минуты
                                                   ---
5. Смерть  последовала:  на  месте  происшествия - 1 ¦ ¦,  в  машине скорой
          ---                                       ---
помощи - 2 ¦ ¦,  в  организации  здравоохранения,  оказывающей  медицинскую
          ---
          ---
помощь - 3 ¦ ¦ ____________________________________________________________
          ---             (наименование организации)
        ---                     ---
дома - 4 ¦ ¦, в другом месте - 5 ¦ ¦ (указать) ____________________________
        ---                     ---
6. Место  жительства умершего  (матери  мертворожденного  или  умершего
ребенка):
-----------------------------------------------------------------------
¦страна             ¦                                                 ¦
+-------------------+-------------------------------------------------+
¦область (край)  ¦             ¦     район     ¦                      ¦
+----------------+-------------+-T-------------+-----------------------+
¦наименование населенного пункта ¦                                    ¦
¦(г., пгт, пос., дер., аг.)      ¦                                    ¦
+--------------------------------+-------------------------------------+
```

улица		дом	корпус	квартира

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) выдал

_____ _____ _____

(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) получил

_____ _____

(подпись) (инициалы, фамилия)

_____

(данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи,

_____

наименование государственного органа, его выдавшего), лица, получившего врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)

"__" _____ 20__ г.

(дата выдачи)

Оборотная сторона

7. Причина смерти (мертворождения):

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) - заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код непосредственной причины (шифр МКБ-10)
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b)	(вызванная или явившаяся следствием)	
Основная причина смерти (мертворождения) - первоначальное заболевание или состояние	c)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код основной причины (шифр МКБ-10)

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней:

		1 - алкогольное опьянение,	2 - другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d) <**>		Код основного заболевания матери (шифр МКБ-10)
Другие заболевания или состояния матери (последа), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	e) <**>		

<*> Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0 - 365 (366) суток.

<**> Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0 - 6 суток.

(линия отреза)

_____
(наименование организации здравоохранения)

Форма 106/у-10

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) N _____
"Окончательное", "Предварительное", "Взамен предварительного",
"Взамен окончательного" N _____
(подчеркнуть)

1. Фамилия, собственное имя, отчество умершего (фамилия матери мертворожденного) _____

Мертворожденный - 1 ¦ ¦, умер в возрасте 0 - 6 суток - 2 ¦ ¦, умер в возрасте 7 - 365 (366) суток - 3 ¦ ¦.

2. Пол умершего (мертворожденного): мужской - 1 ¦ ¦, женский - 2 ¦ ¦, не определен - 3 ¦ ¦.

3. Место жительства умершего (матери умершего (мертворожденного)	страна		Код города (области)
	область		

	(край)						
	район						
	наименование населенного пункта (г., пгт, пос., дер., аг.)						
	район в городе						
	улица						
	дом	корпус		квартира			

вид населенного пункта: город - 1 ☐, село - 2 ☐

4. Дата рождения: ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐, для детей 1-го месяца
число месяц год

жизни ☐☐ ☐ ☐☐ ☐
часы минуты

5. Масса тела ребенка (плода) при рождении: граммов ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐ <*>

6. Дата смерти (обнаружения): ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐,
число месяц год

для детей 1-го месяца жизни ☐☐ ☐ ☐☐ ☐
часы минуты

7. Место смерти (мертворождения):
а) страна _____ область _____ район _____
наименование населенного пункта _____

b) Смерть последовала: на месте происшествия - 1 ☐, в машине скорой помощи - 2 ☐, в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь - 3 ☐ _____
(наименование организации)

дома - 4 ☐, в другом месте - 5 ☐ (указать) _____

8. Я, врач, государственный медицинский судебный эксперт _____
(фамилия, инициалы)
в должности _____ удостоверяю, что на основании осмотра

трупа медицинским работником (врачом, фельдшером, помощником врача) - 1 ¦ ¦, записей лечащего врача в медицинской документации - 2 ¦ ¦, вскрытия - 3 ¦ ¦ мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) - заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код непосредственной причины (шифр МКБ-10)
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код основной причины (шифр МКБ-10)
Основная причина смерти (мертворождения) - первоначальное заболевание или состояние	c)	(вызванная или явившаяся следствием)	

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с заболеванием или патологическим состоянием, приведшим к ней: ¦ ¦ 1 - алкогольное опьянение, ¦ ¦ 2 - другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d) <**>		Код основного заболевания матери (шифр МКБ-10)

Другие заболевания или состояния матери (последеда), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	е) <**>		

9. В случае смерти от последствий воздействия внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств и некоторых других):

а) дата ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦¦ ¦¦ ¦
число месяц год

b) вид травмы: бытовая - 1 ¦ ¦, уличная (кроме транспортной) - 2 ¦ ¦,
дорожно-транспортная - 3 ¦ ¦, школьная - 4 ¦ ¦, спортивная - 5 ¦ ¦,
производственная травма - 6 ¦ ¦, прочая - 7 ¦ ¦

c) место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление, самоубийство, иной случай) _____ Код внешней причины (шифр МКБ-10) ¦ ¦

10. Смерть женщины наступила: во время беременности - 1 ¦ ¦, родов - 2 ¦ ¦,
в течение ¦ ¦¦ ¦¦ ¦ дней после родов.

11. Причина смерти (мертворождения) установлена:
лечащим врачом (лицом, его заменяющим) - 1 ¦ ¦, врачом, принимавшим роды, - 2 ¦ ¦,врачом, констатировавшим смерть, - 3 ¦ ¦, врачом-патологоанатомом - 4 ¦ ¦, государственным медицинским судебным экспертом - 5 ¦ ¦.

12. Сведения о матери мертворожденного или умершего ребенка в возрасте 0 - 365 (366) суток:
фамилия, собственное имя, отчество матери _____

```
             ------ ------ ------------
дата рождения ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦ ¦ ¦¦ ¦¦ ¦¦ ¦
             ------ ------ ------------
             число  месяц       год
                                   ---                                  ---
образование   матери:  высшее - 1   ¦ ¦,   среднее   специальное - 2   ¦ ¦,
                                   ---                                  ---
                                ---                     ---
профессионально-техническое - 3 ¦ ¦, общее среднее - 4 ¦ ¦, общее базовое -
                                ---                     ---
 ---                       ---                                  ---
5 ¦ ¦, общее начальное - 6 ¦ ¦, не имеет общего начального - 7 ¦ ¦;
 ---                       ---                                  ---
                                                   ---
семейное  положение  матери: состоит в браке - 1 ¦ ¦,  не состоит в браке -
 ---                                               ---
2 ¦ ¦ ______________________________________________________________________
 --- (сведения заполнены на основании записей, содержащихся в документах,
             удостоверяющих личность матери, со слов матери)
                                                                   ---
13. Ребенок  (плод)  родился:  при  одноплодных  родах - 1 ¦ ¦,  первым  из
                                                                   ---
           ---                          ---
двойни - 2  ¦ ¦, вторым из двойни - 3  ¦ ¦, при других многоплодных родах -
           ---                          ---
 ---
4 ¦ ¦ <*>.
 ---
14. Специальные сведения о матери (заполняются врачом, принимавшим роды и
установившим смерть) <*>
A ¦ ¦ ¦ B ¦ ¦ ¦ C <**> ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ D ¦ ¦ ¦ ¦ E ¦ ¦ ¦
 L-+--   L-+--        L-+-- L-+-- L-+-+-+--   L-+-+--   L-+--
F ¦ ¦ ¦ G ¦ ¦ ¦ H ¦ ¦ ¦ I ¦ ¦ ¦ J ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ K ¦ ¦ ¦
 L-+--   L-+--   L-+--   L-+--   L-+-- L-+-- L-+-+-+--   L-+--
Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) выдал
_________________________                    _________________________
        (подпись)                              (инициалы, фамилия)
Печать организации здравоохранения, выдавшей
врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)
"__" ___________________ 20__ г.
      (дата выдачи)
    --------------------------------
    <*> Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца  в  возрасте
0 - 365 (366) суток.
    <**>  Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте
0 - 6 суток.
```

Источник страницы с документом:
https://belforma.net/бланки/Здравоохранение/Врачебное_свидетельство_о_смерти_мертворождении_Форма_106у-10