Приложение 25-4
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 2-1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

**Методические рекомендации
по заполнению, выдаче медицинской документации,
удостоверяющей случаи рождения, смерти, перинатальной смерти**

**1. Общие положения**

      1. Настоящая инструкция разработана в соответствии с Кодексами Республики Казахстан «[О здоровье народа](http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193_#z0) и системе здравоохранения» и «[О браке](http://adilet.zan.kz/rus/docs/K1100000518#z0) (супружестве) и семье» и определяет единые требования по заполнению и выдаче форм первичной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения (форма № 103/у-12), смерти (форма № 106/у-12) и перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12).
      2. Основные понятия, используемые в настоящей инструкции:
      1) роды - полное изгнание или извлечение (экстракция) мертвого или живого плода от матери весом более 500 грамм, независимо от срока беременности, либо при сроке 22 полные недели и выше;
      2) физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой - частная медицинская практика физических лиц с медицинским образованием соответствующего профиля при наличии лицензии на занятие медицинской, врачебной и фармацевтической деятельностью, направленной на оказание медицинской помощи и медицинских услуг;
      3) медицинская организация – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;
      4) мертворождение (мертворожденный плод) - смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, а также отсутствие после такого отделения признаков жизни (сердцебиения, дыхания, пульсации пуповины или явных произвольных движений мускулатуры);
      5) причины смерти - все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы;
      6) перинатальный период - начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 гр.) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения;
      7) живорождение - полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента;
      8) выкидыш - случайная потеря плода до родов, в результате его смерти в сроке до 22-х недель беременности;
      9) регистрирующие органы - государственные органы регистрации актов гражданского состояния - отделы регистрации актов гражданского состояния, а в местностях, где таковых нет, - местные исполнительные органы, либо должностные лица аппаратов акимов поселков и сельских округов.
      3. Настоящая инструкция обязательна к применению во всех медицинских организациях, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, а также физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой.
      4. Бланки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, и их корешки брошюруются в отдельные книги свидетельств. В конце книги прописью указывается количество листов. Книги прошнуровываются, скрепляются печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и хранятся у руководителя медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой.
      5. Корешки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, используемые для составления отчета медицинской организации, подлежат хранению по месту выдачи медицинских свидетельств в течение 5 лет по окончании календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению.
      6. Нумерация медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, в книгах регистрации свидетельств начинается с первого номера и ведется последовательно в течение года - с первого января по тридцать первое декабря (включительно).
      7. Испорченный бланк медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, перечеркивается, делается запись «испорчено» и оставляется в книге бланков. Номер свидетельства, проставленный на испорченном бланке, на следующий бланк не переносится.
      8. В случае утери медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, по письменному обращению заявителя оформляется новое врачебное (медицинское) свидетельство в точном соответствии с первоначальным экземпляром (оригиналом) с указанием его номера и даты выдачи с пометкой «дубликат».
      9. Все графы бланков заполняются исчерпывающими ответами, без сокращения отдельных слов, чернилами или шариковой пастой четким разборчивым почерком. Помарки и подчистки не допускаются.
      Графы, в которых на вопросы даются отрицательные ответы, заполняются словом «нет». При отсутствии необходимых сведений указывается соответственно «не известно», «не установлено» и прочее.
      10. Контроль за правильностью заполнения и своевременной выдачей медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, должны обеспечить руководители медицинских организаций и физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой.
      11. Контроль за правильностью кодировки причин смерти осуществляется уполномоченными лицами, определенные приказом местных органов государственного управления здравоохранением.

**3. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о
смерти (форма № 106/у-12)**

      27. Для регистрации смерти в регистрирующих органах медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106/у-12 «Медицинское свидетельство о смерти», удостоверяющая факт смерти.
      28. В случаях мертворождения, смерти новорожденного в течение от 0 до 7 суток после рождения оформляется медицинское свидетельство о перинатальной смерти.
      29. Медицинское свидетельство о смерти выдается родственникам умершего или лицам, проживающим вместе с умершим, в случае отсутствия таковых - органам внутренних дел, обнаружившим труп.
      30. Медицинское свидетельство о смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.
      31. В случае назначения в установленном законодательством порядке судебно-медицинской экспертизы, медицинское свидетельство о смерти оформляется судебно-медицинским экспертом с учетом результатов экспертизы.
      32. Медицинское свидетельство о смерти не оформляется заочно, без личной констатации медицинским работником факта смерти.
      33. Медицинское свидетельство о смерти выдается врачом (средним медицинским работником) медицинской организации или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, на основании осмотра трупа, записей в медицинской документации, предшествующего наблюдения за больным или результатов вскрытия.
      34. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа осуществляется после оформления медицинского свидетельства о смерти. В случае, когда захоронение умершего производится медицинской организацией, последнее заполняет медицинское свидетельство о смерти и производит регистрацию в регистрирующих органах в пятидневный срок.
      35. В случае проведения патологоанатомического вскрытия медицинское свидетельство о смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.
      36. В целях обеспечения достоверности регистрируемых причин смерти и для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в регистрирующих органах и погребения, медицинские свидетельства о смерти выдаются с отметкой «предварительное», «взамен предварительного», «окончательное» или «взамен окончательного».
      37. Медицинское свидетельство о смерти с отметкой «предварительное» выдается в случаях, если для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования, или к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство) не установлен, но в дальнейшем может быть уточнен.
      После уточнения причин смерти и рода смерти составляется новое медицинское свидетельство о смерти и с отметкой «взамен предварительного» пересылается медицинской организацией или тем физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, которым выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган не позднее, чем через месяц.
      Если было выдано медицинское свидетельство о смерти с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, составляется новое медицинское свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки «взамен окончательного» медицинского свидетельства о смерти № «\_\_\_\_» и направить непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган.
      38. Допускается выдача медицинского свидетельства о смерти врачом, установившим смерть, только на основании осмотра трупа, при отсутствии подозрения на насильственную смерть.
      В исключительных случаях, связанных с экологическими или техногенными катастрофами (землетрясение, авиационные, транспортные, шахтные и другие травмы с массовыми человеческими жертвами), и по согласованию с проводящими предварительное расследование правоохранительными органами разрешается выдача медицинского свидетельства о смерти судебно-медицинским экспертом на основании наружного осмотра трупа.
      39. Руководителем медицинской организации обеспечивается контроль достоверности заполнения медицинских свидетельств о смерти, своевременности их выдачи родственникам умершего, а также регистрации в регистрирующих органах медицинских свидетельств о смерти в случаях захоронения умершего медицинской организацией.
      40. Номер и серия свидетельства, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта смерти указываются в соответствующих учетных формах первичной медицинской документации - №025/у «Медицинская карта амбулаторного больного», №003/у «Медицинская карта стационарного больного», либо № 096/у «История родов».
      41. В бланке медицинского свидетельства о смерти указывается его характер путем подчеркивания соответствующего обозначения - «предварительное», «взамен предварительного», «окончательное» или «взамен окончательного».
      42. Пункты 1-5 заполняются согласно обозначениям, причем фамилия, имя и отчество заполняется в соответствии документами, удостоверяющими личность.
      В пунктах 6-7 сведения о месте жительства и смерти указываются по действующему административно-территориальному делению, а в случаях, когда это не представляется возможным установить, - по ранее существовавшему административно-территориальному делению.
      В пункте 8 подчеркивается соответствующее обозначение.
      В пункте 9 национальность указывается по документу, удостоверяющему личность, а в случае отсутствия в нем записи о национальности - не указывается.
      При регистрации смерти иностранного гражданина кроме национальности указывается название государства, гражданином (подданным) которого он является, а также его гражданство.
      Лицам без гражданства национальность указывается с добавлением слов: «лицо без гражданства».
      В пунктах 10-11 подчеркивается соответствующее обозначение.
      В пункте 12 указывается наименование предприятия, учреждения, организации, где работал умерший, его должность или выполняемая работа;
      в отношении военнослужащих - наименование воинской части или учреждения согласно документам, удостоверяющим личность военнослужащего;
      в отношении пенсионера указывается «пенсионер» и прежнее основное занятие.
      В пунктах 13-15 подчеркиваются соответствующие обозначения.
      В пункте 16 указывается фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника, заполняющего медицинское свидетельство о смерти, и далее подчеркиваются соответствующие обозначения.
      В пункте 17 обязательно указывается первоначальная причина смерти, код (шифр) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения и даты начала и окончания болезни (число, месяц, год). В случае травм и отравлений обязательно указывается дополнительно внешние причины смерти и код по МКБ-10.
      Записи причины смерти производятся в двух частях пункта 17, по которым отслеживается цепь взаимоувязанных и последовательных причин смерти.
      Часть 1 состоит из 4 строк: «а)», «б)», «в)», «г)».
      Строка «а)» предназначается для записи и кодировки только одной причины смерти (заболевание, травма или другое патологическое состояние), непосредственно приведшей к смерти.
      Строка «б)» предназначается для записи и кодировки промежуточной причины смерти, т.е. промежуточного патологического состояния, приведшего к возникновению непосредственной причины смерти.
      Строка «в)» предназначается для записи и кодировки основной (первоначальной) причины смерти, т.е. того заболевания, травмы или состояния, которые явились началом цепи патологических процессов, приведших к смерти.
      Строка «г)» предназначается для записи и кодировки внешних причин, приведших к смерти.
      Часть 2 предназначается для записи и кодировки прочих важных заболеваний и состояний, способствовавших смерти, но не связанных непосредственно с основной (первоначальной) причиной смерти. Например, объем и дата хирургического вмешательства, срок беременности и прочее.
      В случаях смерти от заболеваний для записи причин смерти используются только первые три строки: «а)», «б)» и «в)», а строка «г)» остается свободной.
      Кодированию подлежит только основная (первоначальная) причина смерти.
      В случаях смерти от травм, отравлений их вид или характер, а также цепь патологических процессов, приведших к смерти, указываются в строках «а)», «б)», «в)» соответственно, а внешняя причина - в строке «г)».
      В этом случае кодированию подлежат две строки: одна строка, где указывается основная (первоначальная) причина смерти от травмы, отравления по ее виду или характеру (ХІХ класс МКБ-10), вторая строка - это всегда строка «г)», где указывается внешняя причина травмы или отравления (ХХ класс МКБ-10).
      Если не удается установить полностью или частично цепь патологических процессов, приведших к смерти, то запись основной (первоначальной) причины смерти указывается в строке «а)», когда собственно заболевание, травма явились основной (первоначальной) причиной смерти.
      Если установлен частичный механизм патологических процессов, приведших к смерти, запись заканчивается в строке «б)».
      В каждой строке указывается только один диагноз, а строки заполняются сверху вниз.
      Пример 1. 1) а) Гнойный менингит.
      б)
      в)
      г)
      2)
      При кодировке основной причиной смерти считается «Бактериальный менингит неуточненный» (G00.9).
      Пример 2. 1) а) Пневмония.
      б) Корь.
      в)
      г)
      2)
      При кодировке основной причиной смерти считается «Корь, осложненная пневмонией» (В05.2).
      Пример 3. 1) а) Уремия.
      б) Атеросклеротический нефросклероз.
      в) Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.
      г)
      2)
      При кодировке основной причиной смерти считается «Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью» (І12.0).
      Пример 4. 1) а) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда.
      б)
      в)
      г)
      2) Генерализованный атеросклероз.
      При кодировке основной причиной смерти считается «Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда» (І21.0).
      При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.
      Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: «а)», «б)», «в)» указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке «г» указывается внешняя причина смерти.
      Пример 5. 1) а) Травматический отек головного мозга.
      б) Закрытый перелом основания черепа.
      в)
      г) Нападение на улице с применением тупого предмета.
      2)
      При кодировке основной причиной смерти считается «Перелом основания черепа, закрытый» (S02.10). Одновременно проставляется второй код по внешней причине «Нападение на улице с применением тупого предмета» (Y00.4).
      Пример 6. 1) а) Сепсис.
      б) Хронический остеомиелит бедренной кости.
      в) Последствия перелома правого бедра.
      г) Последствия падения с балкона квартиры.
      2) Сахарный диабет инсулиннезависимый.
      При кодировке основной причиной смерти считается «Последствия перелома бедра» (Т93.1) и указывается код в строке «в)». Одновременно указывается второй код внешних причин «Последствия других несчастных случаев» (Y86.9) в строке «г)».
      Понятие «последствия» включает состояния, описанные как таковые или как отдаленные проявления, развившиеся через год или более после произошедшего события.
      Пример 7. 1) а) Травматический шок.
      б) Множественные переломы костей скелета, разрывы внутренних органов.
      в)
      г) Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом.
      2) Беременность 28 недель.
      При кодировке основной причиной смерти считается «Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела» (T06.8), а по внешней причине «Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом» (V75.6).
      При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.
      Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: «а)», «б)», «в)» указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке «г» указывается внешняя причина смерти.
      В случае смерти беременной, роженицы, родильницы записи производятся следующим образом.
      В случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате медицинских вмешательств, неправильного ведения родов и прочее, сведения о причине смерти указываются в части 1 в строках «а)», «б)», «в)».
      Запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами, послеродовым периодом и отражать характерную патологию для каждого периода, в котором наступила смерть. Например: «Угрожающий аборт на 20-ой неделе беременности», «Острая сердечная недостаточность при анестезии во время родов», «Послеродовой сепсис».
      Пример 8. 1) а) Кровотечение.
      б) Афибриногенемия.
      в) Медицинский аборт.
      г)
      2) Беременность 10 недель.
      При кодировке основной причиной смерти считается «Медицинский аборт, осложнившийся кровотечением» (О04.6).
      Пример 9. 1) а) Тромбоэмболия легочной артерии.
      б) Тромбоз глубоких вен дородовый.
      в)
      г)
      2) Беременность 32 недели.
      При кодировке основной причиной смерти считается «Глубокий флеботромбоз во время беременности» (О22.3).
      В случае смерти беременной, роженицы или родильницы от ранее протекавшей болезни или болезни, возникшей в период беременности (сахарный диабет, сердечно-сосудистое заболевание, туберкулез и др.), руководствоваться следующим.
      Если болезнь не связана с непосредственной акушерской причиной, но отягощена физиологическим воздействием беременности или отягощается течение беременности, сведения о причине смерти записываются в части 1 в строках «а)», «б)», «в)», но при этом в части 2 производится запись о беременности и ее сроке.
      Во всех случаях смерти после родов (в период до 1 года) в части II производится запись: послеродовой период (указать количество дней).
      Пример 10. 1) а) Отек легких.
      б) Митральный стеноз (ревматический).
      в)
      г)
      2) Беременность 28 недель.
      При кодировке основной причиной смерти считается «Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (О99.4).
      Пример 11. 1) а) Острая дыхательная недостаточность.
      б) Правосторонняя вирусная бронхопневмония.
      в) Грипп (вирус не идентифицирован).
      г)
      2) Беременность 40 недель.
      При кодировке основной причиной смерти считается «Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (О99.5).
      В пункте 18 подчеркивается соответствующий заголовок.
      Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее  разрешения 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 период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем 1 год после родов.
      В пункте 19-20 указывается наименование медицинской организации или фамилия, имя, отчество физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, выдавших медицинское свидетельство о смерти, их почтовый адрес.
      43. Медицинское свидетельство о смерти заверяется круглой печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.
      44. Записи в корешке медицинского свидетельства о смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства.
      Для детей, умерших до 1 года:
      в пункте 5 указывается дата рождения;
      в пункте 6 указывается дата смерти, число месяцев и дней жизни;
      в пункте 7 указывается место рождения с указанием наименования медицинской организации и его адреса;
      в пункте 8 указывается полная фамилия, имя, отчество матери.
      45. Получатель отрывного медицинского свидетельства о смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

**4. Заполнение и выдача медицинского свидетельства
о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12)**

      46. Регистрация мертворождения и смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни в регистрирующих органах производится на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-07).
      47. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, на каждый случай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (от 0 до 7 суток или 168 часов после рождения), с массой тела 500 грамм и более (если масса тела при рождении не известна, при длине тела 25 см и более или гестационном сроке беременности 22 недели и более).
      48. Каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, регистрируется в регистрирующих органах не позднее пяти суток с момента мертворождения или наступления смерти новорожденного:
      1) медицинской организацией, где произошло мертворождение или наступила смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни;
      2) медицинской организацией, медицинским работником которые констатировали мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;
      3) физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, констатировавшим мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;
      4) центром судебной медицины при судебно-медицинской экспертизе.
      49. В случае смерти новорожденного в течение 168 часов после родов на основании медицинского свидетельства о рождении новорожденный регистрируется в регистрирующих органах сначала как родившийся, а затем на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти как умерший.
      50. Для регистрации мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в регистрирующие органы представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106-2/у-12 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», удостоверяющая факт мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.
      51. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.
      52. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.
      53. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти не оформляется заочно, без личного установления врачом (средним медицинским работником) факта мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.
      54. При многоплодных родах медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в отдельности.
      55. В случае произведения вскрытия в централизованном патологоанатомическом отделении медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.
      Для регистрации в регистрирующих органах медицинское свидетельство о перинатальной смерти передается в те медицинские организации, откуда доставлены мертворожденные или новорожденные, умершие на первой неделе жизни.
      56. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти направляется в регистрирующие органы с отметкой «предварительное», «взамен предварительного», «окончательное» или «взамен окончательного».
      57. В случае необходимости получения дополнительных сведений о причинах смерти допускается выдача предварительного медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой «предварительное». В последующем оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями, которое с отметкой «взамен предварительного» направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.
      58. В случае выдачи медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой «окончательное», но при установлении в дальнейшем дополнительных уточняющих сведений, оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями и с отметкой «взамен окончательного» направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.
      59. Номер и серия медицинского свидетельства о перинатальной смерти, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта перинатальной смерти или рождения указываются в соответствующих учетных формах первичной медицинской документации: в случае мертворождения - №096/у «История родов», в случае перинатальной смерти - №097/у «История развития новорожденного».
      60. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия, клинические данные о патологии матери, ребенка (плода) во время беременности и родов берутся из медицинской документации (история родов - ф. № 096/у, история развития новорожденного - ф. № 097/у).
      61. Пункты 1-5 заполняются с учетом сведений из истории родов. Указывается ФИО умершего ребенка (мертворожденного), его пол (если пол не определен, указывается пол по желанию родителей), дата и время рождения умершего в перинатальном периоде или мертворождения, дата и время перинатальной смерти (в случае мертворождения - не заполняется). Указывается место смерти ребенка (мертворожденного): адрес (республика, область, район, город, село) и место, где произошла смерть (стационар, дом или другое место).
      62. В пунктах 6-12 указываются сведения о матери:
      Ф.И.О. матери, год рождения, национальность (в соответствии с документами, удостоверяющими личность). Сведения о семейном положении матери, в отношении состоящих в браке - на основании свидетельства о браке или с ее слов записывается дата заключения брака (регистрации в регистрирующих органах) и указывается фамилия, имя, отчество мужа. При этом путем подчеркивания соответствующего текста: «на основании записей в свидетельстве о браке» или «со слов матери» указывается источник информации. Если мать указанных сведений не сообщает, то следует подчеркнуть «не состоит в браке».
      Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного), образование. Указывается место работы матери и ее занятие (должность или выполняемая работа). При заполнении этого пункта следует указать полное название предприятия, учреждения или организации. В том случае, если мать не работает, следует указать источник существования (находится на иждивении мужа, отца и т.д.).
      63. В пунктах 13-23 указываются сведения о предыдущих беременностях, о сроках, течении и осложнений данной беременности и родов.
      64. В пунктах 24-30 указываются сведения о ребенке, вносимые из истории родов.
      65. Полная и детальная форма записи причины перинатальной смерти необходима для того, чтобы определить истинную причину перинатальной смертности.
      Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и предусматривает запись как причин смерти ребенка (плода), так и патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод.
      Запись причины смерти ребенка (мертворожденного) производится в пяти разделах пункта 31 и кодировка по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10):
      обозначенных буквами от «а» до «д»:
      в строку «а» вносится основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), обусловившее наступление смерти;
      в строку «б» - другие заболевания или патологические состояния у ребенка (плода), способствующие наступлению смерти;
      в строку «в» - основное заболевание (или состояние матери), которое оказало наиболее выраженное неблагоприятное воздействие на новорожденного (плод);
      в строку «г» записываются другие заболевания матери (или состояние матери, последа), которые могли способствовать смерти ребенка (плода);
      строка «д» предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на наступление смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения.
      В строку «а» и «в» записывается только один диагноз. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние последа, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), не представляется возможным, в строках «в» и «г» записывается - «не известны», «не установлены».
      При смерти от внешней причины в строке «а» указывается непосредственная причина смерти ребенка, например, переохлаждение, ожог, закупорка дыхательных путей пищей, перелом свода черепа, в строке «в» - обстоятельства, вызвавшие непосредственную причину смерти.
      66. Следующие примеры иллюстрируют порядок записи причины перинатальной смерти и отбора их для статистической разработки:
      1) Женщина с резус-отрицательной группой крови до беременности страдала ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не наблюдалось. При сроке беременности 12 недель появились антитела, титр которых нарастал. Самопроизвольные роды в 35 недель мертвым плодом. Сердцебиение плода перестало прослушиваться с началом родовой деятельности.
      Запись о причине мертворождения:
      а) гемолитическая болезнь
      б) ---
      в) резус-отрицательная кровь у матери с высоким титром антител
      г) ревматический порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана.
      д) ---
      Для шифровки отбираются: гемолитическая болезнь, обусловленная резус-несовместимостью.2) Женщина до наступления беременности страдала мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом. Во время 1-ой половины беременности было обострение пиелонефрита. При сроке беременности 38 недель повторное обострение пиелонефрита с высокой температурой. На 1-е сутки заболевания констатирована внутриутробная смерть плода. На 2-е сутки - самопроизвольные роды мертвым плодом с массой 2600 грамм. На вскрытии - антенатальная асфиксия на фоне гипотрофии.
      Запись о причине мертворождения:
      а) антенатальная асфиксия
      б) внутриутробная гипотрофия
      в) хронический пиелонефрит
      г) почечно-каменная болезнь
      д) ---
      Для шифровки отбираются: антенатальная асфиксия, хронический пиелонефрит.
      3) Женщина, 21 года, в анамнезе один медицинский аборт. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза нормальные. Во 2-ом периоде родов зарегистрирована слабость родовой деятельности, произведена родостимуляция. В связи с начавшей гипоксией плода наложены полостные щипцы. Извлечен мертвый мальчик, рост 53 см, масса 3500 грамм. Меры реанимации эффекта не дали.
      На вскрытии: разрыв намета мозжечка, кефалогематома.
      Причины перинатальной смерти:
      а) родовая травма
      б) начавшаяся асфиксия
      в) слабость родовой деятельности
      г) ---
      д) родостимуляция, полостные щипцы.
      Для шифровки отбираются: родовая травма, слабость родовой деятельности.
      4) У женщины с гестозом беременных произведено кесарево сечение в 32 недели беременности в связи с кровотечением из-за предлежания плаценты. Извлеченный ребенок с массой тела 1480 граммов умер через 16 часов. На вскрытии установлена болезнь гиалиновых мембран. В свидетельстве указывается:
      а) болезнь гиалиновых мембран
      б) недоношенность
      в) предлежание плаценты
      г) гестоз беременных
      д) кесарево сечение
      При кодировке основной причиной смерти считается «предлежание плаценты».
      67. Записи на корешке медицинского свидетельства о перинатальной смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства. Дополнительно, для более детального анализа причин смерти (мертворождений) при создании регистра новорожденных, в форму вносятся сведения о матери: число посещений врача (фельдшера, акушерки), чем закончились беременности, предшествующие данной, осложнения родов (обвести соответствующие коды в тексте), медицинские и социальные факторы риска настоящей беременности, акушерские процедуры. А также сведения о ребенке: который по счету родившийся ребенок у матери, наличие критериев живорождения, оценка по шкале Апгар, осложнения периода новорожденности, врожденные аномалии. В корешок вносятся номера и даты актовых записей о рождении ребенка и его смерти в случае живорождения, и номер и дата актовой записи о смерти в случае мертворождения.
      68. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и подписью медицинского работника, выдавшего свидетельства. Получатель отрывного медицинского свидетельства о перинатальной смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.