



## ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРИКАЗ

от 04.04. 2014 г.

№ 608

«О порядке нумерации  
корешков медицинских  
свидетельств о смерти»

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.12.2008 года № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить интервалы номеров корешков медицинского свидетельства о смерти, выдаваемых медицинскими организациями Кемеровской области (приложение).
2. Руководителям органов местного самоуправления в сфере здравоохранения и медицинских организаций всех форм собственности:
  - 2.1. обеспечить подведомственные организации необходимым количеством бланков корешков медицинского свидетельства о смерти с использованием номеров, утвержденных настоящим приказом;
  - 2.2. информацию об испорченных, утерянных, похищенных бланках, а также дополнительной потребности в определении номеров бланков направлять в ГБУЗ КО «КОМИАЦ» ежеквартально до 5-го числа (факс. 83842-540610, e-mail: kosmi@kuzdrav.ru).
3. Ответственность за исполнение приказа возложить на заместителя начальника департамента А.В.Иванова.
4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Начальник департамента

В.К.Цой

**Нумерация корешков  
медицинских свидетельств о смерти по территориям**

Территория	серия 32 коридор номеров		Кол-во бланков на 2 года
	с №	по №	
Анжеро-Судженский городской округ	300904	303904	3000
Белово	303905	308105	4200
Беловский район	308106	309106	1000
Березовский городской округ	309107	310507	1400
Гурьевский район	310508	311908	1400
Ижморский район	311909	312509	600
Калтанский городской округ	312510	313610	1100
Кемерово	313611	327611	14000
Кемеровский район	327612	329012	1400
Киселевский городской округ	329013	332413	3400
Крапивинский район	332414	333214	800
Краснобродский городской округ	333215	333815	600
Ленинск-Кузнецкий	333816	337216	3400
Ленинск-Кузнецкий район	337217	338217	1000
Мариинский район	338218	340218	2000
Междуреченский округ	340219	342819	2600
Мысковский округ	342820	344220	1400
Новокузнецк	344221	359621	15400
Новокузнецкий район	359622	361022	1400
Полысаевский городской округ	361023	362023	1000
Прокопьевск	362024	369024	7000
Прокопьевский район	369025	370225	1200
Промышленновский район	370226	371726	1500
Осинниковский городской округ	371727	373527	1800
Тайгинский городской округ	373528	374328	800
Таштагольский район	374329	375929	1600
Тисульский район	375930	376930	1000
Топкинский район	376931	378531	1600
Тяжинский район	378532	379532	1000
Чебулинский район	379533	380133	600
Юрга	380134	382634	2500
Юргинский район	382635	383435	800
Яйский район	383436	384236	800
Яшкинский район	384237	385237	1000

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ  
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 106/У-08**

**СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**

Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного)  
(подчеркнуть)**

**серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.**

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) \_\_\_\_\_
2. Пол: мужской [ 1 ], женский [ 2 ]
3. Дата рождения : число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_
4. Дата смерти : число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей) : республика , край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
6. Смерть наступила: на месте происшествия [ 1 ], в машине скорой помощи [ 2 ], в стационаре [ 3 ], дома [ 4 ], в другом месте [ 5 ]

**Для детей, умерших в возрасте до 1 года:**

7. Дата рождения: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, число месяцев \_\_\_\_\_, дней жизни \_\_\_\_\_

8. Место рождения \_\_\_\_\_

9. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_ линия отреза \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____
---

Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация Учетная форма № 106/у-08 Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. № 782н
--

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ**

**СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**

Дата выдачи « \_\_\_\_ "» \_\_\_\_\_ г.

**(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного)  
(подчеркнуть)**

**серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.**

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) \_\_\_\_\_
2. Пол: мужской [ 1 ], женский [ 2 ]
3. Дата рождения : число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_
4. Дата смерти : число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей) : республика , край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
6. Местность: городская [ 1 ], сельская [ 2 ]
7. Место смерти: республика , край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
8. Местность: городская [ 1 ], сельская [ 2 ]
9. Смерть наступила: на месте происшествия [ 1 ], в машине скорой помощи [ 2 ], в стационаре [ 3 ], дома [ 4 ], в другом месте [ 5 ] .
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 недель) [ 1 ], недоношенный (менее 37 недель) [ 2 ],  
переношенный (42 недель и более) [ 3 ] .
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:  
масса тела ребенка при рождении \_\_\_\_\_ грамм [ 1 ], каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) [ 2 ], дата рождения матери [ 3 ], возраст матери (полных лет) [ 4 ],  
фамилия матери [ 5 ], имя [ 6 ], отчество \_\_\_\_\_  
[ 7 ]

- 12.\* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке [1], не состоял(а) в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3].
- 13.\* Образование: профессиональное: высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; обще: среднее (полное) [5], основное [6], начальное [7]; не имеет начального образования [8]; неизвестно [9].
- 14.\* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5]; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10].
15. Смерть произошла: от заболевания [1]; несчастного случая: не связанного с производством [2], связанного с производством [3]; убийства [4]; самоубийства [5]; в ходе действий: военных [6], террористических [7]; род смерти не установлен [8].

\* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10-11, пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

оборотная сторона

10. Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	_____	□□□□.□
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	_____	□□□□.□
в) _____ линия отреза (первоначальная причина смерти указывается последней)	_____	□□□□.□
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	_____	□□□□.□

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

□□□□.□

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].
12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4]

13. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

14. Фамилия, имя, отчество получателя \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г \_\_\_\_\_ Подпись получателя

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) \_\_\_\_\_

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество),  
должность \_\_\_\_\_

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4] мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	_____	□□□□.□
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	_____	□□□□.□
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	_____	□□□□.□

г) \_\_\_\_\_

(внешняя причина при травмах и отравлениях)

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

_____	□□□□.□
_____	□□□□.□

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток , из них в течение 7 суток .

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) , в процессе родов (аборта) , в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) ; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов .

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации,  
частнопрактикующий врач (подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Печать \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество врача)