

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 26 декабря 2008 г. N 782н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ И ПОРЯДКЕ
ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, УДОСТОВЕРЯЮЩЕЙ
СЛУЧАИ РОЖДЕНИЯ И СМЕРТИ**

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н)

В соответствии с [пунктом 5.2.100.1](#) Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11, ст. 1036; N 15, ст. 1555; N 23, ст. 2713; N 42, ст. 4825, N 46, ст. 5337, "Российская газета", N 245, 28.11.2008), и в целях совершенствования системы учета первичной учетной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, и организации ее ведения приказываю:

1. Утвердить:

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н утверждена новая форма Медицинского свидетельства [о рождении](#).

1. учетную [форму N 103/у-08](#) "Медицинское свидетельство о рождении" согласно приложению N 1;

(приложение N 1 утратило силу. - [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н)

2. учетную [форму N 106/у-08](#) "Медицинское свидетельство о смерти" согласно приложению N 2;

3. учетную [форму N 106-2/у-08](#) "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" согласно приложению N 3.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

организовать применение учетных форм, указанных в [пункте 1](#) настоящего Приказа, в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой;

организовать централизованное изготовление медицинских свидетельств о рождении и смерти, учетные формы которых утверждены настоящим Приказом, и обеспечение ими медицинских организаций независимо от их организационно-правовой формы, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

3. Признать утратившим силу [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 августа 1998 г. N 241 "О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-Х" (зарегистрирован Минюстом России 2 октября 1998 г. N 1628).

Министр
Т.ГОЛИКОВА

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н утверждена новая форма медицинского [свидетельства](#) о рождении.

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Утратило силу. - [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н.

[Рекомендации](#) по порядку выдачи и заполнения данной учетной формы см. в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106/У-08

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "___" _____ 20__ г.
(окончательного, предварительного, взамен предварительного,
взамен окончательного)
(подчеркнуть)

серия _____ N _____ "___" _____ 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 N 106/у-08 Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н
--

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "___" _____ г.
(окончательное, предварительное, взамен предварительного,
взамен окончательного (подчеркнуть))

серия _____ N _____ "___" _____ 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]; общее: 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	Код по МКБ-10
-----------------------------------	------------------

		между началом патологического процесса и смертью	
I. а)	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
	(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)		
б)	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
	(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)		
в)	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
	(первоначальная причина смерти указывается последней)		
г)	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
	(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 , из них в течение 7 суток .

12. 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

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 _____

----- линия отреза -----

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных действий 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 , лечащим врачом , фельдшером (акушеркой) , патологоанатомом , судебно-медицинским экспертом .

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

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа , записей в медицинской документации , предшествующего наблюдения за больным(ой) , вскрытия 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)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
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)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество)

Печать

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

"__" _____ 20__ г.

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество врача)

Приложение N 3
к Приказу
Минздравсоцразвития России
от 26 декабря 2008 г. N 782н

Рекомендации по порядку выдачи и заполнения данной учетной формы см. в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106-2/у-08

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "__" _____ 20__ г.

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

серия _____ N _____ " __ " _____ 20__ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. __, мин. __
2. Ребенок родился живым: число __, месяц _____, год _____, час. __, мин. __
и умер дата: число __, месяц _____, год _____, час. __, мин. __
3. Смерть наступила: 1 до начала родов, 2 во время родов, 3 после родов, 4 неизвестно
4. Фамилия, имя, отчество матери _____
5. Дата рождения матери: число _____, месяц _____, год _____
6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего (мертворожденного) ребенка:
республика, край, область _____ район _____
город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская 1, сельская 2
8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) _____
9. Пол: мальчик 1, девочка 2
10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре 1, дома 2, в другом месте 3

----- 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 N 106-2/у-08 Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи " __ " _____ 20__ г.
окончательное, предварительное, взамен предварительного,
взамен окончательного (подчеркнуть)

серия _____ N _____ " __ " _____ 20__ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. __, мин. __
2. Ребенок родился живым: число __, месяц _____, год _____, час. __, мин. __
и умер - число _____, месяц _____, год _____, час. __, мин. __

□

□

; не была занята в экономике:

пенсионеры , студенты и учащиеся ,

работавшие в личном подсобном хозяйстве

, безработные , прочие

11. Которые по счету роды

Оборотная сторона

11. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

12.

(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)
заполнившего Медицинское свидетельство о перинатальной смерти)

13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) N _____
от "___" _____ 20__ г., наименование органа ЗАГС _____,
фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС _____

14. Получатель _____
(фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему ребенку))

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан)

"__" _____ 20__ г.

_____ (подпись)

----- линия отреза -----

20. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не считая мертворожденных)

21. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания , несчастного

случая , убийства , род смерти не установлен

22. Лицо, принимавшее роды: врач , фельдшер, акушерка , другое

23. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

- а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка .
- б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка .
- в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка .
- г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка .
- д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти .

24. Причины смерти установлены:

врачом, только удостоверившим смерть 1 , врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды 2 , врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка 3 , врачом-патологоанатомом 4 , судебно-медицинским экспертом 5 , акушеркой 6 , фельдшером 7

на основании: осмотра трупа 1 , записей в медицинской документации 2 , собственного предшествовавшего наблюдения 3 , вскрытия 4 .

25.

(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)
заполнившего Медицинское свидетельство о перинатальной смерти)

Руководитель медицинской организации,
частнопрактикующий врач (подчеркнуть) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать

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

"__" _____ 20__ г. _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)