

**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**

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:

1. учетную форму N 103/у-08 "Медицинское свидетельство о рождении" согласно приложению N 1;

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

Приложение N 1
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 РОЖДЕНИИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 103/у-08

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи " __ " _____ 20__ г.

1. Ребенок родился: число _____, месяц _____, год _____, час _____, мин. _____

2. Фамилия, имя, отчество матери _____
3. Дата рождения матери: число _____, месяц _____, год _____
4. Место постоянного жительства (регистрации) матери ребенка:
 республика, край, область _____ район _____
 город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. _____
5. Местность: городская , сельская
6. Пол: мальчик , девочка

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

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "___" _____ 20__ г.

1. Ребенок родился: число _____, месяц _____, год _____, час __, мин. __

Мать

Ребенок

2. Фамилия, имя, отчество _____	11. Фамилия ребенка _____
3. Дата рождения число месяц год	12. Место рождения: республика, край, область _____ район _____ город (село) _____
4. Место постоянного жительства (регистрации): республика, край, область _____ район _____ город (село) _____ улица _____ дом __ кв. __	13. Местность: городская 1 , сельская 2
5. Местность: городская 1 , сельская 2	14. Роды произошли: в стационаре 1 , дома 2 , в другом месте 3 , неизвестно 4
6. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке 1 , не состоит в зарегистрированном	

браке 2 , неизвестно 3

15. Пол: мальчик 1 , девочка 2

Оборотная сторона

7. Роды произошли: в стационаре 1 , дома 2 , в другом месте 3 ,
неизвестно 4

8. _____
(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя,
выдавшего медицинское свидетельство) отчество)

9. Получатель

(фамилия, имя, отчество и отношение к ребенку)

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

"__" _____ 20__ г. Подпись получателя _____

----- линия отреза -----

7. 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

8. Занятость: была занята в экономике:
руководители и специалисты высшего

уровня квалификации 1 , прочие

специалисты 2 , квалифицированные

рабочие 3 , неквалифицированные

рабочие 4 , занятые на военной службе

5 ; не была занята в экономике:

пенсионеры 6 , студенты и учащиеся

7 , работавшие в личном подсобном

16. Масса тела при рождении

г

17. Длина тела при рождении

см

18. Ребенок родился:

при одноплодных родах

при многоплодных родах:

_____ которым по счету

_____ число родившихся

хозяйстве , безработные , прочие

9. Срок первой явки к врачу

(фельдшеру, акушерке) недель

10. Которым по счету ребенок был

рожден у матери

19. Лицо, принимавшее роды:

врач-акушер-гинеколог , фельдшер, акушерка , другое лицо

20.

(должность врача (фельдшера, акушерки),
заполнившего медицинское свидетельство)

(подпись)

(фамилия, имя,
отчество)

Руководитель медицинской организации,
врач, занимающийся частной практикой
(нужное подчеркнуть)

(подпись)

(фамилия, имя,
отчество)

Печать

Приложение N 2
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 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 , женский

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], переносенный (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 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)

.

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 _____

----- 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 [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) _____

(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. __

3. Смерть наступила: до начала родов [1], во время родов [2], после родов
[3], неизвестно [4]

Мать

Ребенок (плод)

4. Фамилия, имя, отчество _____

12. Фамилия ребенка (плода) _____

5. Дата рождения матери [][][][][][][][][]
число месяц год

13. Место смерти
(мертворождения):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____

6. Место постоянного жительства
(регистрации):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
улица _____ дом __ кв. __

14. Местность: городская [1],
сельская [2].

7. Местность: городская [1], сельская [2]

15. Смерть (мертворождение)
произошла (о):
в стационаре [1],
дома [2], в другом
месте [3], неизвестно [4].

8. Семейное положение: состоит в
зарегистрированном браке [1], не состоит
в зарегистрированном браке [2],
неизвестно [3]

16. Пол: мальчик [1], девочка
[2]

9. Образование:
профессиональное: высшее [1], неполное
высшее [2], среднее [3], начальное [4];
общее: среднее (полное) [5], основное

17. Масса тела ребенка (плода)
при рождении [][][][] г

[6], начальное [7]; не имеет начального
образования [8]; неизвестно [9]

18. Длина тела ребенка (плода)
при рождении [][] см

10. Занятость: была занята в экономике:
руководители и специалисты высшего
уровня квалификации [1], прочие

19. Мертворождение или
живорождение произошло:
при одноплодных [][]
родах
при многоплодных родах:
которыми по счету [][]

специалисты 2 , квалифицированные	число детей родившихся (живыми и мертвыми)
рабочие 3 , неквалифицированные	
рабочие 4 , занятые на военной службе	
5 ; не была занята в экономике:	
пенсионеры 6 , студенты и учащиеся 7 , работавшие в личном подсобном хозяйстве	
8 , безработные 9 , прочие 10	
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 2 , убийства 3 , род смерти не установлен 4

22. Лицо, принимавшее роды: врач 1 , фельдшер, акушерка 2 , другое 3

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),
заполнившего Медицинское свидетельство
о перинатальной смерти)

(подпись)

(фамилия, имя,
отчество)

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)