

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
РУКОВОДИТЕЛЬ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ

ПРИКАЗ
от 13 апреля 2009 г. N 379

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ ПО ПРАВИЛАМ ЗАПОЛНЕНИЯ, ВЫДАЧИ,
УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ (УЧЕТНАЯ
ФОРМА N 106/У-08) В ЛПУ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
ГОРОДА МОСКВЫ

В целях совершенствования оформления, выдачи, учета и хранения медицинских свидетельств о смерти и в частичное изменение приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 17.02.2009 N 141 "О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" приказываю:

1. Утвердить Инструкцию по правилам заполнения, выдачи, учета и хранения медицинских свидетельств о смерти (приложение) в ЛПУ Департамента здравоохранения города Москвы, разработанную с учетом рекомендаций по порядку выдачи и заполнения медицинского свидетельства о смерти (письмо заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178).

2. Начальникам управлений здравоохранения административных округов, руководителям лечебно-профилактических учреждений городского подчинения обеспечить неукоснительное исполнение Инструкции, утвержденной настоящим приказом.

3. Пункт 2 приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 17.02.2009 N 141 "О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" признать утратившим силу.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения Полякова С.В.

Руководитель
Департамента здравоохранения
А.П. Сельцовский

Приложение
к приказу руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы
от 13 апреля 2009 г. N 379

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ПРАВИЛАМ ЗАПОЛНЕНИЯ, ВЫДАЧИ, УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 106/У-08, УТВЕРЖДЕННОЙ ПРИКАЗОМ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 26.12.2008 N 782Н
(ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ МИНЮСТОМ РОССИИ 30.12.2008 N 13055)

I. Общие положения

1. В соответствии со статьей 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2002, N 18, ст. 1724; 2003, N 17, ст. 1553, N 28, ст. 2889, N 50, ст. 4855; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1, ст. 25; 2006, N 1, ст. 10, N 31, ст. 3420) (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти" (далее - свидетельство) предназначена для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС), и для государственного статистического учета.

3. Свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - ЛПУ).

4. Основные правила выдачи, учета и хранения свидетельств определены:

- в приказе Департамента здравоохранения от 23.01.1996 N 40 "Об усилении контроля за сохранностью бланков медицинских документов";

- в приказе Департамента здравоохранения от 12.07.2000 N 300 "О совершенствовании системы учета, информационного обеспечения и анализа смертности в г. Москве" (приложение 5 "Инструкция о порядке выдачи врачебного свидетельства о смерти врачами поликлиник и поликлинических отделений стационарных ЛПУ");

- в инструкциях и методических рекомендациях Департамента: Инструкции Департамента здравоохранения города Москвы по патологоанатомической службе - 7 инструкций, 2007 г., Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10, 2001 г., Сроки хранения, порядок учета, выдачи и утилизации материалов и документов патологоанатомических исследований (аутопсий и биопсий), 2003 г.;

- в справочнике "Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов" (Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., М.: "Медицинское информационное агентство"), 2008 г.

5. Ответственным за заполнение свидетельства является врач. Свидетельство может заполняться медицинским персоналом по поручению врача, под его обязательным контролем и с росписью врача.

6. Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего(ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего(ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей свидетельство.

II. Порядок заполнения свидетельства

1. Свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений.

Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью "исправленному верить", подписью лица, заполняющего свидетельство, и круглой печатью ЛПУ. Внесение более двух исправлений в свидетельство не допускается.

2. Заполнение свидетельства производится вписыванием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений.

3. Заполнению подлежат все пункты свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, в нем ставится прочерк или делается запись "неизвестно", "не установлено".

4. При заполнении свидетельства указывается полное наименование ЛПУ, его адрес и код по ОКПО (или ставится специальная печать ЛПУ с этими реквизитами).

Далее указывается дата выдачи свидетельства в формате "число, месяц, год" (например, 05.08.2008) и делается отметка о характере заполняемого свидетельства: "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

Свидетельство с отметкой "предварительное" выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования.

Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного свидетельства.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти врач-патологоанатом или судебно-медицинский эксперт оформляет новое свидетельство "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

В случае если было выдано свидетельство с отметкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое свидетельство "взамен окончательного".

При выдаче свидетельства "взамен предварительного" или "взамен окончательного" ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего свидетельства.

Свидетельства "взамен предварительного" и "взамен окончательного" используются для статистической разработки причин смерти.

5. При заполнении свидетельства:

5.1. В пунктах 1-3, 5, 6, 12 делается запись на основании документа, удостоверяющего личность умершего(ей), - паспорта или документа, который его заменяет, в соответствии с действующим законодательством РФ.

В пункте 1 указывается фамилия, имя, отчество по данным документа, удостоверяющего личность; у лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, - на основании свидетельства о рождении.

Если в ЛПУ нет сведений об умершем (погибшем), делается запись "неизвестно" (следует учесть, что умершие, оставшиеся неизвестными, не имеющие документов, удостоверяющих их личность - Ф.И.О., данные которых были заполнены в медицинской документации только со слов, направляются не на патологоанатомическое, а на судебно-медицинское вскрытие) в соответствии с приказом МЗ РФ от 29.04.94 N 82 "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий" и приказом Департамента (Комитета) здравоохранения г. Москвы от 14.01.2002 N 12 "О мерах по своевременному извещению органов внутренних дел о поступлении неизвестных граждан в учреждения здравоохранения".

5.2. В пункте 2 указывается пол - мужской или женский. В пункте 3 указывается дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961). В случае если дата рождения неизвестна, во всех подпунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв "XX" вместо неизвестных сведений (например, "XX.XX.1985").

5.3. В пункт 4 из первичной медицинской документации ЛПУ вписывается дата смерти умершего(ей) (число, месяц, год, например, в пункте ставится прочерк;

в пункт 5 "Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей)" вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность;

в пункте 6 указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности.

5.4. В пункте 7 указывается место смерти, которое может не совпадать с местом постоянного жительства (регистрации) умершего(ей);

в пункте 8 указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности.

5.5. В пункте 9 отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в машине скорой помощи, в стационаре, дома или в другом месте.

5.6. В пункте 10 указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок - доношенным (при сроке беременности 37-41 неделя), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переносным (42 полные недели и более);

в пункте 11 записываются сведения о детях в возрасте от 168 часов до 1 года:

- масса тела при рождении в граммах (например, 1050);

- каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных);

- дата рождения матери (число, месяц, год; например: 20.11.1986) и ее возраст (полных лет).

Все сведения для заполнения пунктов 10 и 11 берутся из соответствующей первичной медицинской учетной документации ЛПУ, осуществлявшего наблюдение и лечение умершего ребенка.

5.7. В пункте 12 "Семейное положение" делается запись о том, состоял(а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, ставится прочерк или делается запись "неизвестно".

5.8. Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

2) разрешение на временное проживание;

3) вид на жительство;

4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

5.9. Пункт 13 "Образование" заполняется со слов родственников (при их отсутствии ставится прочерк или указывается "неизвестно");

- в позиции "профессиональное": "высшее" отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; "неполное высшее" - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании,

а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; "среднее" - окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; "начальное" - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.);

- в позиции "общее": "среднее (полное)" указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; "основное" - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10-11 классов среднего общеобразовательного учреждения; "начальное" - окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4-9 классов образовательного учреждения.

5.10. Пункт 14 "Занятость" заполняется со слов родственников (при их отсутствии в пункте ставится прочерк или указывается "неизвестно").

Этот пункт заполняется в соответствии с Общероссийским классификатором занятий, утвержденным постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. N 298.

В позиции "был(а) занят(а) в экономике":

- к "руководителям и специалистам высшего уровня квалификации" относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.);

- к "прочим специалистам" относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.);

- к "квалифицированным рабочим" относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин;

- к "неквалифицированным рабочим" относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и другие), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.);

- к "занятым на военной службе" относят лиц, чьи должности, профессии и занятия относятся к Вооруженным силам страны.

В позиции "не был(а) занят(а) в экономике":

- к "пенсионерам" относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

- к "студентам и учащимся" относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях;

- к "работающим в личном подсобном хозяйстве" относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве;

- к "безработным" относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных;

- к "прочим" относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства.

5.11. В пункте 15 "Смерть произошла" после уточнения обстоятельств случая смерти, указывается, смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай, убийство, самоубийство, в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен).

Конкретный род смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай и др.) указывается тот, который был установлен правоохранительными органами и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы.

В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения военной службы по призыву и по контракту (военных сборов) в свидетельстве, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление), делается дополнительная запись: "Смерть наступила в период прохождения действительной военной службы". Эта запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в ЛПУ до момента выдачи свидетельства. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с прохождением действительной военной службы не производится.

5.12. В пункте 16 "В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти" указывается дата (число, месяц, год; например, 20.07.2008) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла.

Данный пункт может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения.

5.13. В пункте 17 "Причины смерти установлены" делается запись о том, кем были установлены причины: врачом, только установившим смерть, лечащим врачом, фельдшером (акушеркой), врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Выбирается один пункт.

5.14. В пункте 18 "Я, врач (фельдшер, акушерка)", указывается фамилия, имя, отчество, должность врача, заполнившего свидетельство, отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти.

5.15. В пункте 20 "В случае смерти в результате ДТП": в случае смерти пострадавших в течение первых 7 суток после ДТП ставят две отметки - "1" и "2", а в случае смерти от последствий ДТП в течение 8-30 суток после него - отметку "1".

5.16. Пункт 21 заполняется в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов.

5.17. В пункте 22 указывается фамилия, имя, отчество врача, заполнившего свидетельство, и ставится его подпись.

Свидетельство подписывается главным врачом (его заместителем, дежурным администратором или уполномоченным приказом главного врача ЛПУ заведующим патологоанатомическим отделением ЛПУ), указывается их фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью.

5.18. В пункте 23 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом (специалистом по медицинской статистике), ответственным за проверку свидетельств (после получения свидетельства и его регистрации органами ЗАГС, поэтому из ЛПУ свидетельство выдается без оформления пункта 23).

6. При заполнении пункта 19 "Причины смерти" необходимо соблюдать следующий порядок записи:

6.1. Из заключительного клинического или патологоанатомического диагноза выбирается одна нозологическая единица (реже синдром) - основное заболевание (или первое заболевание в составе комбинированного основного заболевания) - первоначальная причина смерти. Эта первоначальная причина с ее осложнениями указывается в подпунктах "а"- "г" части I пункта 19 свидетельства:

а) непосредственная причина (смертельное осложнение);
б) "промежуточная" причина (если это необходимо);
в) первоначальная причина (основное заболевание или первое в составе комбинированного основного заболевания);

г) внешняя причина при травмах (отравлениях) - указывается только при судебно-медицинской экспертизе.

В части II пункта 19 свидетельства указываются прочие важные причины смерти: второе заболевание в составе комбинированного основного заболевания, наличие алкогольной или наркотической интоксикации.

6.2. Первоначальной причиной смерти являются:

- болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти;
- обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму (обычно для подпункта "г").

6.3. В свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния. Из множества формулировок, записанных в первичной медицинской документации, отбирается только необходимая информация.

6.4. Запись причины смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями:

- в каждом подпункте части I пункта 19 указывается только одна причина смерти, при этом могут быть заполнены строка подпункта "а", строки подпунктов "а" и "б" или строки подпунктов "а", "б" и "в". Строка подпункта "г" заполняется только в случаях, если причиной смерти являются травмы и отравления;

- заполнение части I пункта 19 свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпунктов "в" или "б". Затем выбираются 1-2 осложнения, из которых составляют логическую последовательность, и записывают их на строках подпунктов "а" и "б". При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. В подпункте "а" указывается смертельное осложнение - непосредственная причина смерти;

- в части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

6.5. Часть II пункта 19 включает нозологическую единицу или синдром (сочетанное, конкурирующее, фоновое, а при отсутствии возможно, и важнейшее сопутствующее заболевание, если это целесообразно), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжили основное заболевание и ускорили смерть).

В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Хотя количество записываемых состояний не ограничено, но желательно указывать не более 2.

6.6. Не следует включать в свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших (это не относится, например, к острой сердечно-сосудистой недостаточности при инфаркте миокарда, к хронической сердечно-сосудистой недостаточности при хронических формах ИБС и т.д.).

6.7. В стандартную статистическую разработку включается только одна первоначальная причина при смерти от заболеваний и две причины при смерти от травм (отравлений): первая - по характеру травмы (XIX класс МКБ-10), вторая - внешняя причина (XX класс МКБ-10).

Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти может указываться не только на строке подпункта "в" части I, но и на других строках - "б" или даже "а", если основное заболевание самостоятельно, без осложнений привело к смерти. В любом случае первоначальная причина смерти - это самая нижняя запись в пункте 19.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в свидетельстве кодируются по МКБ-10 первоначальная причина смерти (в разделе I) и заболевания раздела II. Непосредственная и "промежуточная" причины смерти не кодируются.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе "Код по МКБ-10" напротив выбранной первоначальной причины смерти.

Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10, Инструкции Департамента здравоохранения города Москвы по патологоанатомической службе, 2007 г., справочник "Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов" (Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., М.: "Медицинское информационное агентство"), 2008 г.

6.8. В графе "Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью" напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, или часах, или полных днях, или неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже.

Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях).

Следует особенно внимательно подходить к заполнению этого пункта. Если имеются сомнения в точности данных, так же как и при их отсутствии, в этой графе ставится прочерк или делается запись "неизвестно".

6.9. Государственная статистика материнской смертности основывается на свидетельствах, заполненных на умершую беременную, роженицу, родильницу.

Согласно рекомендациям МКБ-10:

- материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в

течение 42 дней после ее окончания 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 течение 43-365 дней после окончания беременности;

- смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

- смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин;

- смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

III. Порядок заполнения корешка бланка свидетельства

1. В пунктах 1-13 корешка бланка свидетельства делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах свидетельства.

Корешок бланка свидетельства подписывается врачом, оформившим свидетельство.

2. В пункте 14 корешка бланка свидетельства "Фамилия, имя, отчество получателя" указывается фамилия, имя, отчество получателя свидетельства. Здесь же указывается документ (паспорт), удостоверяющий личность получателя свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения свидетельства и получатель ставит свою подпись.

IV. Порядок выдачи, учета и хранения свидетельства

1. Свидетельство выдается супругу(е), близким родственникам, а при их отсутствии - иным родственникам, законному представителю умершего или иному лицу, взявшим на себя организацию погребения в случае отсутствия членов семьи и близких родственников умершего, при предъявлении ими паспорта; свидетельство выдается не позднее одних суток после патологоанатомического вскрытия или после установления причины смерти - оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось (в соответствии с Федеральным законом "О погребении и похоронном деле").

2. В случае смерти в ЛПУ выдача трупа без свидетельства запрещается (за исключением передачи трупа на патологоанатомическое вскрытие в патологоанатомическое отделение другого ЛПУ, на судебно-медицинскую экспертизу).

3. Когда захоронение умершего(ей) производится ЛПУ, для невостребованных тел умерших по согласованию с правоохранительными органами в ЛПУ заполняется свидетельство и представляется по истечении срока - 14 суток в орган ЗАГС для государственной регистрации (если иное не предписано правоохранительными органами).

4. Если тело умершего доставлено в патологоанатомическое отделение ЛПУ для производства патологоанатомического вскрытия, решения вопроса о его производстве или на сохранение до дня похорон (в соответствии с нормативными документами Департамента по раскреплению стационарных ЛПУ к ПАО), то свидетельство оформляется персоналом данного патологоанатомического отделения и выдается данным ЛПУ, если тело не передается далее на судебно-медицинскую экспертизу или в специализированное патологоанатомическое отделение другого ЛПУ в соответствии с распорядительными документами Департамента.

5. Свидетельство может выдаваться с пометкой "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного" (см. п. 4 ч. II данной Инструкции).

6. Запрещается оформление свидетельства заочно без личного установления врачом факта смерти.

Свидетельство может быть заполнено врачом амбулаторно-поликлинического учреждения, установившим смерть (по согласованию с правоохранительными органами) при отсутствии подозрения на насильственную смерть только на основании осмотра трупа, если умерший(ая) наблюдался(ась), лечился(ась) по поводу известного заболевания.

7. Свидетельство подписывает главный врач ЛПУ (его заместитель) или дежурный администратор. Приказом главного врача стационарных ЛПУ эта функция может быть делегирована заведующему патологоанатомическим отделением; заверяется свидетельство круглой печатью ЛПУ.

8. Бланки свидетельств относятся к разряду бланков строгой отчетности. Приказом главного врача ЛПУ назначается лицо, персонально ответственное за учет, хранение и использование бланков свидетельства.

Бланки свидетельств брошюруются в книжки по 20 экз., прошиваются, скрепляются подписью главного врача ЛПУ или его заместителя и опечатываются. Они хранятся в патологоанатомическом отделении, а в ЛПУ, не имеющих своего патологоанатомического отделения, - в установленном приказом руководителя учреждения месте (в надежно запираемом и опечатываемом шкафу или сейфе). Корешки бланков выданных свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах свидетельства, хранятся там же.

Учет выдачи свидетельств производится в специальном журнале "Журнал учета выдачи бланков "Медицинского свидетельства о смерти". Листки журналов прошиваются и опечатываются. Эти журналы хранятся вместе со сброшюрованными бланками свидетельств и корешками бланков выданных свидетельств в патологоанатомическом отделении, а в ЛПУ, не имеющих своего патологоанатомического отделения, - в установленном приказом руководителя учреждения месте (в надежно запираемом и опечатываемом шкафу или сейфе). В патологоанатомическом отделении журнал заполняется врачом-патологоанатомом и сотрудником патологоанатомического отделения, персонально ответственным за учет, хранение и использование бланков свидетельств, назначенным приказом главного врача ЛПУ. Журнал содержит графы: 1) дата, время; 2) количество полученных чистых бланков и их N (от N до N); 3) подпись в получении (сотрудника патологоанатомического отделения, персонально ответственного за учет, хранение и использование бланков свидетельств, назначенного приказом главного врача ЛПУ); 4) N использованного бланка; 5) Ф.И.О. и подпись врача-патологоанатома, подпись лица, персонально ответственного за учет, хранение и использование бланков.

Корешки бланков свидетельств о смерти и журнал их учета хранятся 5 лет после календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего списываются и уничтожаются комиссионно с составлением акта в соответствии с действующими нормативными документами.

В ЛПУ, не имеющих патологоанатомического отделения, в выходные и праздничные дни бланки свидетельств (в сброшюрованном виде) выдаются дежурному администратору под роспись в журнале их учета с указанием количества бланков и их номеров.

Проверка соблюдения правил оформления, выдачи и хранения бланков свидетельств, журнала их учета производится не реже одного раза в 6 месяцев комиссией, назначаемой главным врачом ЛПУ, результаты вносятся в журнал учета бланков свидетельств. В случае обнаружения нарушений комиссия производит служебное расследование, результаты которого оформляются актом и доводятся до сведения главного врача ЛПУ для принятия соответствующих мер.

9. Проставление серии и номера бланка свидетельства осуществляется только изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках свидетельств, их самостоятельное изготовление не допускаются. ЛПУ заказывает необходимое количество бланков свидетельств в ГУП "Мосмедкомплект".

При изготовлении бланков свидетельства необходимо использовать Общероссийский классификатор административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2003 г. N 677 "Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 46, ст. 4472; 2005, N 33, ст. 3423; 2006, N 48, ст. 5084).

В качестве начальных цифр серии бланков свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр - для автономных округов.

Нумерация бланков свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации.

На бланке свидетельства должны быть указаны сведения об изготовителе (сокращенное наименование, место нахождения, номер заказа и год его выполнения, тираж). При изготовлении бланка допускается вносить в него изменения, касающиеся расширения (сужения) граф с учетом текста.

10. Неправильно заполненные экземпляры бланков свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись "испорчено", и они остаются в книжке бланков.

11. В случае утери свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления и письменного разрешения правоохранительных органов составляется новое свидетельство с пометкой в правом верхнем углу "дубликат" на основании находящихся на хранении корешка бланка ранее выданного свидетельства и другой медицинской документации. Письменное заявление данного лица и письменное разрешение правоохранительных органов хранятся в патологоанатомическом отделении (или в ЛПУ, которое выдало ранее свидетельство) и

могут быть уничтожены только через 5 календарных лет с момента выдачи дубликата свидетельства вместе с соответствующим корешком свидетельства.

12. Разглашение сведений о результатах патологоанатомического вскрытия без согласия родственников умершего(ей) является нарушением врачебной тайны и предусматривает ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

13. Организация контроля правильности заполнения свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти обеспечивается на трех уровнях: 1) в медицинском учреждении - ЛПУ; 2) в органах управления здравоохранением - управлениях здравоохранения административных округов; 3) на уровне субъекта Российской Федерации - Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы.

Главный врач ЛПУ организует первичный контроль за выдаваемыми свидетельствами, своевременностью их заполнения и представления в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти (в том числе для невостребованных тел умерших).

Врач подразделения медицинской статистики, ответственный за проверку правильности заполнения свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильного заполнения свидетельства уточняет содержащиеся в свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, и по данным первичной медицинской документации участвует в составлении правильно заполненного свидетельства; обеспечивает разбор неправильно заполненных свидетельств в соответствующих ЛПУ.

Выборочный ежеквартальный контроль правильности заполнения учетной формы N 106/у-08 и N 106-2/у-08 в Мосгоркомстате приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 17.02.2009 N 141 возложен на главного врача Бюро медицинской статистики Департамента Жук Л.Г.

14. Сведения о выдаче свидетельства (дата выдачи, номер, серия и причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в первичной медицинской документации (например, после проведения патологоанатомического вскрытия в его протоколе).

Заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
В.Н. Галкин

Заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
И.А. Лешкевич
