



# МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Рабочая тетрадь № 7

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Северный государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт общественного здоровья,  
здравоохранения и социальной работы

# МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

## Рабочая тетрадь № 7

Студент \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

Специальность \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_

УДК 614.2  
ББК 51.1  
М 54

**Коллектив авторов:**

*Т.Е. Мохначева*, аспирант Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ, главная медицинская сестра ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»; *Ю.Ю. Моногарова*, доцент Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ, главный врач ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»; *Ж.Л. Варакина*, д.м.н., доцент, декан лечебного факультета, профессор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ; *А.Л. Санников*, д.м.н. профессор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ; *Э.А. Мордовский*, д.м.н., доцент, заведующий Институтом общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ

**Рецензенты:**

*А.Б. Гудков*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гигиены и медицинской экологии СГМУ, заслуженный работник высшей школы РФ; *В.Е. Присяжнюк*, заведующий организационно-методическим отделом, врач-методист ФГБУЗ СМКЦ им. Н.А. Семашко ФМБА России

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета

**Методика заполнения форм первичной медицинской документации:** рабочая М 54 тетрадь № 7 / Т.Е. Мохначева и др. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2022. – 32 с.

В рабочей тетради представлены правила ведения медицинской документации на стационарном и амбулаторном этапе, представлены образцы основной первичной медицинской документации на амбулаторном и стационарном этапе, алгоритмы решения ситуационных задач, а также проверочные работы в виде заполнения медицинской документации, предназначенных для обеспечения качества подготовки обучающихся, приобретения базовых знаний.

Методические рекомендации предназначены для аудиторной и самостоятельной работы обучающихся высшего образования с целью обеспечения качества подготовки студентов, приобретения базовых знаний по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», составлены в соответствии с учебной программой и отвечают требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

УДК 614.2  
ББК 51.1

© Коллектив авторов, 2022  
© Северный государственный  
медицинский университет, 2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией.....	5
Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.....	17
Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом .....	20
Медицинское свидетельство о смерти .....	23

## **ВВЕДЕНИЕ**

По определению большой медицинской энциклопедии документация медицинская (лат. documentum доказательство) – система учетно-отчетных документов, предназначенных для записи и анализа данных, характеризующих состояние здоровья отдельных лиц и различных групп населения, объем, содержание и качество оказываемой медицинской помощи, а также деятельность медицинских организаций.

Процесс оказания медицинской помощи фиксируется в медицинской документации от момента рождения до смерти человека. Медицинская документация служит для организации работы медицинских организаций, планирования оказания помощи пациентам, оценки состояния пациентов, накопления и анализа статистических данных. Медицинская документация обеспечивает документальное доказательство оказания медицинской помощи пациентам в течение всей жизни (в разрезе профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и т.д.). Качество оказания медицинской помощи оценивается и зависит от качества заполнения медицинской документации, от информации, отраженной в медицинской документации (точности, полноты и достоверности ее). От качества заполнения медицинской документации зависит и преемственность в оказании медицинской помощи, основным источником передачи информации о пациенте между амбулаторным и стационарным звеном является медицинская документация как на бумажном носителе, так и в электронном формате.

Таким образом, медицинская документация необходима для организации оказания медицинской помощи пациентам, для контроля качества оказания медицинской помощи, принятия управленческих решений с целью улучшения качества и доступности медицинской помощи. Медицинская документация является юридическим документом при формировании финансовых документов по оплате медицинской помощи.

Несоблюдение требований к ведению медицинской документации может не только свидетельствовать о ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи, но и, помимо иных причин, обусловить возникновение конфликта с пациентом (его представителями).

## **НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ**

Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией форма 088/у утверждена Приказом Минтруда России N 27н, Минздрава России N 36н от 01.02.2021 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения».

Требования к оформлению: Форма N 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (далее - форма N 088/у) заполняется врачами - членами врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь.

Форма N 088/у заполняется с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя).

Форма N 088/у формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи председателя ВК, членов ВК, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а при отсутствии у медицинской организации информационной системы либо доступа к государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации – на бумажном носителе, подписываемом председателем ВК, членами ВК.

Сформированная форма N 088/у в течение 3 рабочих дней направляется в бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах в порядке, определенном в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95.

Медицинские организации формируют и передают форму N 088/у в форме электронного документа посредством медицинских информационных систем медицинских организаций или государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, а при отсутствии у медицинской организации информационной системы либо доступа к указанным государственным информационным системам - на бумажном носителе.

При выдаче копии на бумажном носителе формы N 088/у, сформированной в форме электронного документа, бумажная копия должна соответствовать электронному документу.

Формирование и передача формы N 088/у в бюро МСЭ, передача сведений о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы в бюро МСЭ, а также формирование и передача в медицинскую организацию сведений о результатах проведенной медико-социальной экспертизы в форме электронного документа или на бумажном носителе осуществляются с учетом требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

Форма N 088/у в форме электронного документа передается в бюро МСЭ с использованием медицинских информационных систем медицинских организаций, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, федеральной государственной информационной системы "Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы" в соответствии с Порядком информационного взаимодействия в целях проведения медико-социальной экспертизы между медицинскими организациями и бюро МСЭ, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2020 г. N 80н/131н.

Ответственность за качество оформления формы N 088/у, соблюдение полноты перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы и проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий, возлагается на председателя ВК.

**Ситуационная задача:** 02.04.2022г. обратилась супруга в ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск ул. Кузьмичевского 12. ОГРН 56897456321. Для оформления направления на супруга Ивановна И.И. на медико-социальную экспертизу медицинской организацией форма 088/у, с целью усиления группы.

Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СО-ГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Контактный телефон: 86749512354. № амбулаторной карты № 792568. Паспорт серия РН № 98564123 выдан 25.05.2001 ОВД Мезенского района Архангельской области код подразделения 8952-3654. Группа крови: А(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Не работает с января 2022 года (стаж работы 30 лет). Аллергические реакции не зарегистрированы.

Код категории льготы (008): Инвалид II группы до 01.05.2022 года.

Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро МСЭ. Гражданин находится по месту жительства.

Цель направления установление I группы инвалидности.

Иванов И.И. наблюдается в ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск ул. Кузьмичевского 12. ОГРН 56897456321.

Болен в течение 3-х лет. Длительное время наблюдался с диагнозом: Полипы сигмовидной кишки (в сигмовидной удален), прямой кишки. При проведении диспансеризации выявлены положительная реакция Грегерсена. Проведено дообследование ректороманоскопия 01.12.2019 удалено полипообразное образование полип?, глубоко расположенный геморроидальный узел? 0,5x1,0 см на ножке с гладкой поверхностью и тромбированным сосудом на вершине, взята биопсия: Высокодифференцированная аденокарцинома прямой кишки. В 2021 году продолжение процесса с поражением ректосигмоидного отд. толстой кишки. В

январе 2022 года при плановом обследовании выявлены МТС печени. Проведено 5 курсов ХТ, оперативное лечение от декабря 2019, от января 2021 года.

Основной диагноз: ЗНО прямой кишки (C20), рак ректосигмоидного отд. толстой кишки T3N2aM1a 4a ст. (C19), МТС печени. Курсы ХТ., опер. лечение - 12.05.21 (высокодифференцированная аденокарцинома G1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4 (I11.9). Гипергликемия. Дислипидемия.

Антрометрические данные: рост 163см, вес 80кг, ИМТ 30,1; окружность бедер 99 см, окружность талии 91см, САД 130мм рт ст, ДАД 80мм рт ст. телосложение гиперстеническое.

Общее состояние: средней степени тяжести. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Питание повышенное, температура тела 36,6°. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной влажности, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеки на стопах, голенях отсутствуют. Суставы не изменены. Активен в пределах постели ввиду головокружения, слабости. Сила в конечностях в полном объеме, парезов нет. Число дыханий 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Пульс удовлетворительного наполнения 98 в минуту. АД 180/120 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные/аритмичные? Сатурация 98%. Язык влажный, чистый, диверсии нет. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненное. Стул регулярный. ЭКГ ритм ФП с ЧСС 98 в минуту, эос норма, без ОКС.

Данные обследования: Лабораторная диагностика от 10.02.2022: кал на скрытую кровь – отрицательно. ОАК: RBC 3,00, MCV 82,7, RDW% 13,3, RDW<sub>a</sub> 41,6, HCT 35,9, PLT 263, MPV 8,3, PDW 12,9, PCT 0,21, LPCR 18,1, WBC 5,8, HGB 95, MCH 30,7, MCHC 336, LYM 2,2, GRAN 3,1, MID 0,5, LYM% 38,7, GRA% 54,7, MID% 6,6, СОЭ 63. Глюкоза: 6,13ммоль/л. Холестерин: 7,11ммоль/л. (AST) АСТ 72, (ALT) АЛТ 65.

ФОГ 10.02.2022: ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Выраженных патологических изменений органов грудной клетки не выявлено.

ЭКГ 10.02.2022: P, сек 0.08, PQ, сек 0.14, QRS, сек 0.08, QT, сек 0.34, R-R, сек 0,84, ЧСС, уд/мин 71, первичность первичный, Ритм синусовый, Электрическая ось сердца горизонтальное положение ЭОС.

Реабилитационный потенциал отсутствует. Прогноз неблагоприятный.

Задание: заполнить направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией форма 088/у.



Медицинская документация  
Форма № 088/у

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(ОГРН медицинской организации)

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ**

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить на дому
3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи   
(при нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи)
4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

5.1. <input type="checkbox"/> установление группы инвалидности	5.2. <input type="checkbox"/> установление категории «ребенок-инвалид»	5.3. <input type="checkbox"/> установление причины инвалидности
5.4. <input type="checkbox"/> установление времени наступления инвалидности	5.5. <input type="checkbox"/> установление срока инвалидности	5.6. <input type="checkbox"/> определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. <input type="checkbox"/> определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. <input type="checkbox"/> определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призванного на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. <input type="checkbox"/> определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее – АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации пре-

		дусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки
5.10. <input type="checkbox"/> разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input type="checkbox"/> разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. <input type="checkbox"/> выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. <input type="checkbox"/> выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. <input type="checkbox"/> иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____	

### Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

7. Дата рождения (день, месяц, год): « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.;  
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев): \_\_\_\_\_

8. Пол (нужное отметить):

8.1. <input type="checkbox"/> мужской	8.2. <input type="checkbox"/> женский
---------------------------------------	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. <input type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	9.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. <input type="checkbox"/> гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. <input type="checkbox"/> гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

11.1. государство: \_\_\_\_\_

11.2. почтовый индекс: \_\_\_\_\_

11.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_

11.4. район: \_\_\_\_\_

11.5. наименование населенного пункта: \_\_\_\_\_

11.6. улица: \_\_\_\_\_

11.7. дом (корпус, строение): \_\_\_\_\_

11.8. квартира: \_\_\_\_\_

12. Лицо без определенного места жительства  (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. <input type="checkbox"/> в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____
13.2. <input type="checkbox"/> в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____
13.3. <input type="checkbox"/> в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____
13.4. <input type="checkbox"/> иная организация	13.4.1. адрес организации _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____ _____
13.5. <input type="checkbox"/> по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов: \_\_\_\_\_

14.2. адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование: \_\_\_\_\_

16.2. серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_

16.3. кем выдан: \_\_\_\_\_

16.4. дата выдачи (день, месяц, год): « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя:

17.2.1. наименование: \_\_\_\_\_

17.2.2. серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_

17.2.3. кем выдан: \_\_\_\_\_

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

17.3. документ, удостоверяющий личность:

17.3.1. наименование: \_\_\_\_\_

17.3.2. серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_

17.3.3. кем выдан: \_\_\_\_\_

17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

17.4. контактная информация:

17.4.1. номера телефонов: \_\_\_\_\_

17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

17.6.1. наименование: \_\_\_\_\_

17.6.2. адрес: \_\_\_\_\_

17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): \_\_\_\_\_

18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

18.1. <input type="checkbox"/> первично	18.2. <input type="checkbox"/> повторно
-----------------------------------------	-----------------------------------------

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):

19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.1.1. <input type="checkbox"/> первая группа	19.1.2. <input type="checkbox"/> вторая группа	19.1.3. <input type="checkbox"/> третья группа	19.1.4. <input type="checkbox"/> категория ребенок-инвалид
------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

19.3. период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.3.1. <input type="checkbox"/> один год	19.3.2. <input type="checkbox"/> два года	19.3.3. <input type="checkbox"/> три года	19.3.4. <input type="checkbox"/> четыре и более лет
-------------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------------------------

19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.4.1. <input type="checkbox"/> общее заболевание	19.4.2. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства	19.4.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание	19.4.4. <input type="checkbox"/> трудовое увечье
19.4.5. <input type="checkbox"/> военная травма	19.4.6. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы	19.4.7. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.10. <input type="checkbox"/> заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	19.4.11. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	19.4.12. <input type="checkbox"/> заболевание связано с последствиями радиационных воздействий

19.4.13. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.4.14. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 годов	19.4.15. <input type="checkbox"/> заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	19.4.16. <input type="checkbox"/> иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.4.17. формулировки причин инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): _____ _____			

19.5. степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_

19.6. срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: \_\_\_\_\_

19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

19.8. степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20. Сведения о получении образования (при получении образования):

20.1. наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20.2. курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): \_\_\_\_\_

20.3. профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности):

21.1. основная профессия (специальность, должность): \_\_\_\_\_

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



25. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

№ п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее – ЭЛН)

25.2. № ЭЛН: \_\_\_\_\_

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) № \_\_\_\_\_ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (нужное отметить):

26.1. <input type="checkbox"/> восстановление нарушенных функций	26.1.1. <input type="checkbox"/> полное	26.1.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.1.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют
26.2. <input type="checkbox"/> достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	26.2.1. <input type="checkbox"/> полное	26.2.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.2.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: _____	27.2. вес: _____	27.3. индекс массы тела: _____
27.4. телосложение: _____	27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____ / _____
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	

28. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу:

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

30.2. код основного заболевания по МКБ: \_\_\_\_\_

30.3. осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

30.4. сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: \_\_\_\_\_

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть).

33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

---

---

---

---

---

---

---

---

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:



---

---

---

---

---

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

---

---

---

---

37. Санаторно-курортное лечение:

---

---

---

---

Председатель врачебной комиссии:

---

(подпись)

---

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

---

(подпись)

---

(расшифровка подписи)

---

(подпись)

---

(расшифровка подписи)

---

(подпись)

---

(расшифровка подписи)

---

(подпись)

---

(расшифровка подписи)

М.П.

## **СПРАВКА, ПОДТВЕРЖДАЮЩАЯ ФАКТ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ, ВЫДАВАЕМАЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 24.11.2010 N 1031н «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления».

Требование к оформлению: Реквизиты формы справки, подтверждающей факт установления инвалидности (далее - справка), и формы выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом (далее - выписка), заполняются в точном соответствии с записями аналогичных реквизитов в акте освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

В строку выписки «Причина пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ признана уважительной (неуважительной)» вносится запись о характере причины пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время и периоде, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование. При этом после предлога «с» указывается дата (число, месяц, год), до которой была установлена инвалидность при предыдущем освидетельствовании, после предлога «по» указывается дата, непосредственно предшествующая дате настоящего установления инвалидности.

В строку выписки «Инвалидность (категория «ребенок-инвалид») за прошлое время с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ установлена (не установлена)» вносится запись об установлении (не установлении) инвалидности (категории «ребенок-инвалид») за прошлое время в период, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование по уважительной причине.

В строку справки «Дополнительные заключения» вносится запись о характере причины пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время, периоде, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование, установлении (не установлении) инвалидности (категории «ребенок-инвалид») за прошлое время в период, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование по уважительной причине, и записями, сделанными в строках выписки «Причина пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ признана уважительной (неуважительной)» и «Инвалидность (категория «ребенок-инвалид») за прошлое время с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ установлена (не установлена)».

В строку справки и выписки «наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы» вносится запись о наименовании главного бюро медико-социальной экспертизы с указанием наименования бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспер-

тизы в точном соответствии с наименованием, определенным уставом главного бюро, Федерального бюро медико-социальной экспертизы.

**Ситуационная задача:**

Справка серия МУ №123 выдана инвалиду Иванову Ивану Ивановичу 15.05.1964г.р. проживающему по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Инвалидность установлена повторно 01.05.2022 группа инвалидности I, причина инвалидности заболевание, срок инвалидности бессрочно.

Основание: акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы № 123654 от 25.04.2022. дата выдачи справки 30.04.2022. Руководитель бюро МСЭ Кузнецов А.А.

Задание: оформите справку, подтверждающую факт установления инвалидности, выдаваемую федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (статья 8 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 48, ст. 4563; 2003, N 43, ст. 4108; 2004, N 35, ст. 3607; 2008, N 30, ст. 3616)

\_\_\_\_\_  
(наименование федерального государственного учреждения  
медико-социальной экспертизы)

СПРАВКА  
серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
(выдается инвалиду)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество в дательном падеже)  
дата рождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(место жительства, при отсутствии места жительства - место пребывания,  
фактического проживания на территории Российской Федерации, место  
нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное  
жительство за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть)

установлена инвалидность впервые, повторно (указываемое подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(дата установления инвалидности)

-----  
оборотная сторона

Группа инвалидности \_\_\_\_\_  
(указывается прописью)

Причина инвалидности \_\_\_\_\_

Инвалидность установлена на срок до \_\_\_\_\_

Дата очередного освидетельствования \_\_\_\_\_

Дополнительные заключения \_\_\_\_\_

Основание: акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении  
медико-социальной экспертизы

N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата выдачи справки \_\_\_\_\_

Руководитель бюро (главного бюро,  
Федерального бюро)  
медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

## **ВЫПИСКА ИЗ АКТА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАНИНА, ПРИЗНАННОГО ИНВАЛИДОМ**

Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 24.11.2010 N 1031н «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления».

Требование к оформлению: Реквизиты формы справки, подтверждающей факт установления инвалидности (далее - справка), и формы выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом (далее - выписка), заполняются в точном соответствии с записями аналогичных реквизитов в акте освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

В строку выписки «Причина пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ признана уважительной (неуважительной)» вносится запись о характере причины пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время и периоде, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование. При этом после предлога «с» указывается дата (число, месяц, год), до которой была установлена инвалидность при предыдущем освидетельствовании, после предлога «по» указывается дата, непосредственно предшествующая дате настоящего установления инвалидности.

В строку выписки «Инвалидность (категория «ребенок-инвалид») за прошлое время с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ установлена (не установлена)» вносится запись об установлении (не установлении) инвалидности (категории «ребенок-инвалид») за прошлое время в период, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование по уважительной причине.

В строку справки «Дополнительные заключения» вносится запись о характере причины пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время, периоде, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование, установлении (не установлении) инвалидности (категории «ребенок-инвалид») за прошлое время в период, в течение которого лицо не проходило переосвидетельствование по уважительной причине, и записями, сделанными в строках выписки «Причина пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ признана уважительной (неуважительной)» и «Инвалидность (категория «ребенок-инвалид») за прошлое время с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ установлена (не установлена)».

В строку справки и выписки «наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы» вносится запись о наименовании главного бюро медико-социальной экспертизы с указанием наименования бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы в точном соответствии с наименованием, определенным уставом главного бюро, Федерального бюро медико-социальной экспертизы.

**Ситуационная задача:** Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по

адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Инвалидность установлена повторно 01.05.2022 группа инвалидности I, причина инвалидности заболевание, срок инвалидности бессрочно.

Основание: акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы № 123654 от 25.04.2022. дата выдачи справки 30.04.2022. Руководитель бюро МСЭ Кузнецов А.А.

Задание: оформите выписку из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом.

\_\_\_\_\_  
(наименование федерального государственного учреждения  
медико-социальной экспертизы)

ВЫПИСКА ИЗ АКТА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАНИНА,  
ПРИЗНАННОГО ИНВАЛИДОМ

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

пересылается в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, по месту жительства инвалида (при отсутствии места жительства - по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество в дательном падеже)  
дата рождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(место жительства, при отсутствии места жительства - место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть)

установлена инвалидность впервые, повторно (указываемое подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(дата установления инвалидности)

-----  
оборотная сторона

Группа инвалидности \_\_\_\_\_  
(указывается прописью)

Причина инвалидности \_\_\_\_\_

Инвалидность установлена на срок до \_\_\_\_\_

Дата очередного освидетельствования \_\_\_\_\_

Причина пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время с \_\_\_\_\_  
по \_\_\_\_\_ признана уважительной (неуважительной)  
(нужное подчеркивается)

Инвалидность (категория "ребенок-инвалид") за прошлое время  
с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
установлена (не установлена) (нужное подчеркивается)

Основание: акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении  
медико-социальной экспертизы

N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата выдачи выписки \_\_\_\_\_

Руководитель бюро (главного бюро,  
Федерального бюро)  
медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

## МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

Медицинское свидетельство о смерти форма 106/у утверждена Приказом Минздрава России от 15.04.2021 N 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи».

Требования к оформлению: медицинское свидетельство о смерти выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам (далее - получатели) по их требованию.

Медицинское свидетельство о смерти выдается в течение суток с момента установления причины смерти медицинской организацией (в том числе являющейся государственным судебно-экспертным учреждением), индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, или иным уполномоченным лицом в установленном федеральным законом случае (далее - медицинская организация).

Медицинское свидетельство о смерти выдается медицинской организацией в каждом случае смерти.

Медицинское свидетельство о смерти является основанием для государственной регистрации смерти органами записи актов гражданского состояния в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об актах гражданского состояния.

Медицинское свидетельство о смерти оформляется на бумажном носителе или с согласия получателя формируется в форме электронного документа.

Оформление медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность получателя, или документов, удостоверяющих личность получателя и подтверждающих его полномочия.

При формировании медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа согласие получателя оформляется в виде документа на бумажном носителе, составленного в простой письменной форме, подписанного получателем и медицинским работником медицинской организации, либо формируется в виде документа в электронной форме с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также посредством информационных систем, указанных в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подписанного получателем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником медицинской организации с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Медицинское свидетельство о смерти оформляется (формируется) следующими медицинскими работниками:

- ✓ после патолого-анатомического вскрытия - врачом-патологоанатомом;



- ✓ после проведения судебно-медицинской экспертизы или судебно-медицинского исследования трупа (далее - судебно-медицинская экспертиза (исследование) - врачом - судебно-медицинским экспертом;
- ✓ в иных (исключительных) случаях на основании осмотра трупа, записи в медицинской документации - врачом (фельдшером, акушеркой), установившим смерть;
- ✓ во всех остальных случаях на основании предшествовавшего наблюдения за пациентом - лечащим врачом.

Запрещается оформление (формирование) медицинского свидетельства о смерти заочно, без личного установления медицинским работником факта смерти.

Медицинское свидетельство о смерти на бумажном носителе оформляется по учетной форме N 106/у.

При оформлении медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе записи вносятся чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается оформление медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе с использованием компьютерных технологий.

Исправленный или зачеркнутый текст при оформлении медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе подтверждается записью «исправленному верить», подписью медицинского работника, оформившего медицинское свидетельство о смерти, и печатью медицинской организации (при наличии). Внесение более двух исправлений в медицинское свидетельство о смерти не допускается.

Неправильно оформленные медицинские свидетельства о смерти и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено». Такие медицинские свидетельства о смерти, оформленные на бумажных носителях, хранятся в медицинской организации.

Медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа формируется с использованием медицинской информационной системы медицинской организации, государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации в случае, если она обеспечивает выполнение функции медицинской информационной системы медицинской организации или иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Медицинские свидетельства о смерти в форме электронных документов для обработки в информационных системах должны соответствовать установленному формату, размещенному на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (<http://portal.egisz.rosminzdrav.ru>), либо в случае отсутствия установленного формата формату PDF/A-1, при этом текстовая часть медицинского свидетельства о смерти должна включаться в соответствующие поля файла формата PDF/A-1.

При формировании медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа в информационную систему вносятся сведения о документе,

удостоверяющем личность, и о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) получателя в целях направления медицинского свидетельства о смерти в электронной форме в личный кабинет получателя на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций) (ЕПГУ).

В случае если информация о СНИЛС получателя отсутствует при формировании медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа, медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (Единая система) в Пенсионный фонд Российской Федерации с целью получения информации о СНИЛС получателя.

В случае если в ответ на запрос информация о СНИЛС получателя из Пенсионного фонда Российской Федерации не получена, медицинская организация уведомляет об этом получателя по электронной почте и (или) посредством телефонной связи и в течение суток выдает ему медицинское свидетельство о смерти, оформленное на бумажном носителе.

В случае формирования медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа корешок медицинского свидетельства не формируется.

Медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа формируется при условии наличия сведений о медицинском работнике, осуществляющем формирование медицинского свидетельства о смерти, в федеральном регистре медицинских работников Единой системы, а также при наличии сведений о медицинской организации, которая формирует медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа, в федеральном реестре медицинских организаций Единой системы.

**Ситуационная задача:** Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. умер 15 мая 2022 года. Место постоянного жительства: г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Смерть последовала в стационаре Архангельской городской больницы №15. Национальность русский, состоял в браке, имел среднее специальное образование, пенсионер. Врачом-патологоанатомом Крыловым Н.К. на основании вскрытия установлена следующая причина смерти.

Состояние, непосредственно приведшее к смерти: сепсис.

Патологическое состояние, приведшее к вышеуказанной причине: гангрена правой стопы.

Основная причина смерти: ЗНО прямой кишки (C20), рак ректосигмоидного отд. толстой кишки T3N2aM1a 4a ст. (C19).

Прочие важные состояния, способствующие смерти: Гипертоническая болезнь II стадии, риск 4 (I11.9).

Медицинское свидетельство о смерти выдано 15 мая 2022года Архангельской городской больницей №15. Руководитель медицинской организации Андреев С.П.

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

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

ранее выданное свидетельство:

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего (ей) \_\_\_\_\_

2. Пол: мужской  женский

3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

4. Дата смерти: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_

5. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего (ей): субъект  
Российской Федерации

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ комн. \_\_\_\_\_

6. Смерть наступила: на месте происшествия  в машине скорой помощи

в стационаре  дома  в образовательной организации

в другом месте

Для детей, умерших в возрасте до 1 года:

7. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

число месяцев \_\_\_\_\_ число дней \_\_\_\_\_ жизни

8. Место рождения: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

9. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери \_\_\_\_\_

линия отреза

Наименование медицинской организации  
(индивидуального предпринимателя,  
осуществляющего медицинскую  
деятельность)

адрес места нахождения \_\_\_\_\_

Код по ОКПО \_\_\_\_\_

Номер и дата выдачи лицензии на  
осуществление медицинской  
деятельности: \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Учетная форма N 106/У

Утверждена приказом

Минздрава России

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 г. N \_\_\_\_\_

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

ранее выданное свидетельство:

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего (ей) \_\_\_\_\_
2. Пол мужской  женский
3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
4. Документ, удостоверяющий личность умершего: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_
5. СНИЛС \_\_\_\_\_
6. Полис ОМС \_\_\_\_\_
7. Дата смерти: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_
8. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего (ей): субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
9. Местность: городская  сельская
10. Место смерти: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
11. Местность городская  сельская
12. Смерть наступила: на месте происшествия  в машине скорой помощи   
в стационаре  дома  в образовательной организации   
в другом месте
13. <\*> Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца:  
доношенный (37 - 41 недель)  недоношенный (менее 37 недель)   
переношенный (42 недель и более)
14. <\*> Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:  
масса тела ребенка при рождении (грамм)  каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных)   
дата рождения матери  возраст матери (полных лет)   
фамилия матери  имя  отчество (при наличии)
15. <\*> Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке   
не состоял(а) в зарегистрированном браке  неизвестно
16. <\*> Образование: профессиональное: высшее  неполное высшее

среднее профессиональное  3 общее: среднее  4 основное  5 начальное  
 6 дошкольное  7 не имеет начального образования  8 неизвестно  9

17. <\*> Занятость: работал (а)  1 проходил (а) военную или приравненную к  
 ней службу  2 пенсионер (ка)  3 студент (ка)  4 не работал (ла)  5  
 прочие  6 неизвестно  7

-----  
 <\*> В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 13 - 14, пункты 15 - 17 заполняются в отношении их матерей.

Оборотная сторона

10. Причины смерти:

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью  
 Коды по МКБ

Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ
I. а) (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте "а")	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) (первоначальная причина смерти указывается последней)	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

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 , в течение 42 дней после окончания беременности ; кроме того в течение 43 - 365 дней после окончания беременности

13. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

Подпись \_\_\_\_\_

14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) \_\_\_\_\_

СНИЛС получателя (при наличии) \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись получателя \_\_\_\_\_

линия отреза  
-----

18. Смерть произошла: от заболевания , несчастного случая: не связанного с производством , связанного с производством , убийства , самоубийства ; в ходе действий: военных , террористических ; род смерти не установлен

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

20. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть , лечащим врачом , фельдшером, акушеркой , врачом-патологоанатомом , врачом - судебно-медицинским экспертом .

21. Я, врач (фельдшер, акушерка) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) должность \_\_\_\_\_, удостоверяю, что на основании: осмотра трупа , записей в медицинской

документации , предшествующего наблюдения за пациентом , вскрытия  мною установлены причины смерти.

22. Причины смерти:

Приблизительный Коды по МКБ период времени между началом патологического процесса и смертью

I. а)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте "а")								
в)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<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)

		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

24. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) , в процессе родов , в течение 42 дней после окончания

беременности 3; кроме того, в течение 43 - 365 дней после окончания

беременности 4.

25. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача (фельдшера, акушерки),  
заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

Подпись \_\_\_\_\_

Руководитель (иное уполномоченное лицо <\*>) медицинской организации,  
индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность  
(подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
Печать (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

26. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения  
медицинских свидетельств.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))



Учебное издание

**Мохначева** Татьяна Евгеньевна  
**Моногарова** Юлия Юрьевна  
**Варакина** Жанна Леонидовна и др.

**МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ  
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

**Рабочая тетрадь № 7**

Издано в авторской редакции  
Компьютерная верстка *О.Е. Чернецовой*

---

Подписано в печать 21.11.2022.  
Формат 60×90<sup>1/8</sup>. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 3,7. Уч.-изд. л. 6,2.  
Тираж 100 экз. Заказ № 2515

---

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51  
Телефон (8182)20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru