

О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-Х

Приказ · № 241 · от 07.08.1998 · Министерство здравоохранения · Действует без изменений

ПРИКАЗ

Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 7 августа 1998 г. N 241

О совершенствовании медицинской документации,
удостоверяющей случаи рождения и смерти,
в связи с переходом на МКБ-Х

Зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации

2 октября 1998 г. Регистрационный N 1628

Во исполнение п. 8 постановления Правительства Российской Федерации от 06.07.98 г. N 709 "О мерах по реализации Федерального закона "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 28, ст. 3359) и в связи с переходом к статистической разработке причин смерти населения на основе очередного X пересмотра МКБ, а также с целью дальнейшего совершенствования учета естественного движения населения приказываю:

1. Утвердить с 01.01.99 г.:

1.1. Учетные формы: "Медицинское свидетельство о рождении" ф. N 103/у-98 (приложение 1), "Медицинское свидетельство о смерти" ф. N 106/у-98 (приложение 2), "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" ф. N 106-2/у-98 (приложение 3).

1.2. Список форм первичной медицинской документации, подлежащей дальнейшему использованию, в измененной редакции (приложение 4); список форм первичной медицинской документации, не подлежащей дальнейшему использованию (приложение 5).

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

2.1. Обеспечить введение вышеперечисленных учетных форм с 01.01.99 г.

2.2. Организовать изготовление бланков учетных форм и обеспечение ими всех учреждений здравоохранения, независимо от их организационно-правовой формы, в том числе частнопрактикующих врачей.

3. Отделу медицинской статистики и информатики (Тишук Е.А.), Управлению организации медицинской помощи населению (Вялков А.И.), Управлению охраны здоровья матери и ребенка (Зелинская Д.И.) обеспечить организационную и методическую поддержку введения новых учетных форм до 01.12.98 г.

4. Приказ Минздрава СССР от 19.11.84 г. N 1300 "О дальнейшем совершенствовании ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождений и смертей" не применяется на территории Российской Федерации с 01.01.99 г.

5. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Стародубова В.И.

Приложение 1

Утверждено

приказом Минздрава России

от 07.08.98 г.

N 241

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ N 103/у-98 СЕРИЯ _____ N

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ N ____ Дата выдачи " __ " _____ г. 1.
Фамилия, имя, отчество матери 2. Адрес (место постоянного жительства матери): республика,
область (край) _____ район _____, город - 1,
село - 2 _____ улица _____, дом _____, кв. _____ 3. Дата рождения матери: год _____,
месяц _____, число _____ 4. Национальность матери _____ 5.
Семейное положение матери: состоит в браке - 1, не состоит в
браке - 2 6. Образование матери: высшее - 1, незаконченное высшее - 2,
среднее специальное - 3, среднее общее - 4, неполное
среднее - 5, начальное и ниже - 6

Скачано на сайте «Законы РФ» — <https://actrf.ru> Стр. 2 из 10

при Фатальный алкогольный беременности 15 синдром 02 Генитальный герпес 16 Синдром
мекониевой пробки 03 Недостаточность плаценты 17 Легочная вентиляция до Rh-сенсibilизация 18
30 мин. 04 Крупный плод 19 Легочная вентиляция свыше Гипотрофия плода 20 30 мин. 05 Другие
(указать) 21 Другие (указать) 06 Не было 00 Нет осложнений 00 19. Прочие факторы риска во время
23. Врожденные аномалии (пороки беременности развития, деформации и Курение 01 хромосомные
нарушения) Употребление алкоголя 02 Анэнцефалия 01 20. Осложнения родов Спинно-мозговая
грыжа 02 Гипертермия во время родов 01 Энцефалоцеле 03 Предлежание плаценты 02
Гидроцефалия 04 Преждевременная отслойка Расщелина неба 05 плаценты 03 Тотальная расщелина
губы 06 Неудачная попытка стимуляции Атрезия пищевода 07 родов 04 Атрезия ануса 08
Стремительные роды 05 Эписпадия 09 Затруднительные роды вследствие Редукционные пороки
неправильного положения или конечностей 10 предлежания плода 06 Омфалоцеле 11
Синдром Дауна 12

Другие (указать) 13

Не было 00 Свидетельство выдал врач (фельдшер, акушерка) _____

(подчеркнуть) - - - - - Линия отреза - - - - - 7. Дата родов: год _____, месяц
_____, число _____, час _____ 8. Место родов _____

(в стационаре, на дому, в др. мест) 9. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2 10. Который по счету
родившийся ребенок у матери _____ 11. Ребенок родился при одноплодных родах - 1,
первым из

двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных

родах - 4 12. Врач (фельдшер, акушерка) _____ Печать Подпись

выдавшего свидетельство учреждения здравоохранения о рождении или частнопрактикующего
врача _____ К сведению родителей. В

соответствии с п. 6 ст. 16 Федерального закона "Об актах гражданского состояния" регистрация
ребенка в органах ЗАГС обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть сделано не
позднее чем через месяц со дня рождения ребенка.

Приложение 2

Утверждено

приказом Минздрава России

от 07.08.98 г.

N 241

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К ФОРМЕ N 106/у-98

СЕРИЯ _____ N _____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного

серия _____ N _____)

Дата выдачи "___" _____ 19__ г. 1. Фамилия, имя, отчество умершего

_____ 2. Возраст _____ 3. Дата смерти _____

(число, месяц, год) Для детей, умерших в возрасте до 1 года: 4. Дата рождения: число _____, месяц
_____, год _____, число

месяцев _____ и дней жизни _____ 5. Место рождения _____

(наименование учреждения, адрес) 6. Фамилия, имя, отчество матери _____

7. Фамилия врача (фельдшера), выдавшего свидетельство о

смерти _____

Подпись получателя _____ - - - - - Линия отреза - - - - - + - - - - -

- - - - - + + - - - - - + |Министерство здравоохранения | |Код формы по ОКУД |

|Российской Федерации | + - - - - - + - - - - - + |Медицинская документация |

|Наименование учреждения | |форма N 106/у-98 | |здравоохранения | |Утверждена приказом |

| _____ | | Минздрава России | | Ф. И. О. частнопрактикующего врача | | от
 _____ N _____ | +-----+ +-----+
 МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ СЕРИЯ _____ N _____ (окончательное, предварительное,
 взамен предварительного серия _____ N _____)
 Дата выдачи " ____ " _____ г. 1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
 2. Пол: мужской - 1, женский - 2 3. Дата рождения: год _____, месяц _____, число _____ 4. Дата
 смерти: год _____, месяц _____, число _____ 5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дней до 1
 месяца:
 доношенный - 1, недоношенный - 2 6. Для детей, умерших в возрасте от 6 дней до 1 года масса (вес)
 при рождении _____ грамм - 1, число месяцев _____ и дней
 жизни _____ - 2, каким по счету был ребенок у матери - 3,
 возраст матери - 4 7*. Место постоянного жительства (регистрации) умершего:
 республика, область (край) _____, район _____, город - 1,
 село - 2 _____, улица _____, дом _____, кв. _____ 8. Место смерти: республика, область (край
) _____,
 район _____ город - 1, село - 2 _____ 9. Смерть последовала в стационаре - 1, дома - 2, в др.
 месте - 3 10*. Национальность умершего _____ 11*. Семейное
 положение: состоял(а) в браке - 1,
 никогда не состоял(а) в браке - 2, вдов(а) - 3,
 разведен(а) - 4, неизвестно - 5 12*. Образование высшее - 1, незаконченное высшее - 2,
 среднее специальное - 3, среднее общее - 4, неполное среднее -
 5, начальное и ниже - 6, неизвестно - 7 13*. Где и кем работал умерший
 _____ 14. Смерть произошла: от заболевания - 1, несчастного случая,
 не связанного с производством, - 2, несчастного случая,
 связанного с производством, - 3, убийства - 4,
 самоубийства - 5, род смерти не установлен - 6 15. В случае смерти от несчастного случая,
 отравления или травмы:
 дата травмы (отравления): год _____ месяц _____ число ____;
 при несчастных случаях, не связанных с производством, указать
 вид травмы: бытовая - 1, уличная (кроме транспортной) - 2,
 дорожно-транспортная - 3, школьная - 4, спортивная - 5,
 прочие - 6
 место и обстоятельства, при которых произошла травма
 (отравление) _____

* Для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется в отношении матери. 8. Причина смерти I. а)

_____ |||||
 (болезнь или состояние, непосредственно приведшее |||||
 к смерти) +-+--+--+|

б) _____ |||||
 (патологические состояния, которые привели к |||||
 возникновению вышеуказанной причины) +-+--+--+|
 в) _____ |||||
 (основная причина смерти указывается последней) |||||

г) _____ +-+--+--+|
 (внешние причины при травмах и отравлениях) |||||
 ||||| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, +-+--+--+|
 но несвязанные с болезнью или патологическим |||||

состоянием, приведшим к ней _____ |||||

_____ +-----+ 9. В случае смерти женщины репродуктивного возраста: 9.1. умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности); 9.2. в процессе родов (аборта), 9.3. в течение 42 дней после родов (аборта), 9.4. в течение 43 - 365 дней после окончания беременности, родов. -----Линия отреза ----- 16. Причина смерти установлена: врачом, только установившим смерть, - 1, врачом, лечившим умершего, - 2, фельдшером - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5 17. Я, врач (фельдшер),

_____ (фамилия, имя, отчество)

должность _____ удостоверяю, что на основании: осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествующего наблюдения за больным - 3, вскрытия - 4 мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти: 18. Причина смерти I. а)

_____ |||||

(болезнь или состояние, непосредственно приведшее +-+--+--+| к смерти) +-----+

б) _____

(патологические состояния, которые привели к возникновению вышеуказанной причины) |||||

в) _____ +-----+

(основная причина смерти указывается последней)

г) _____ |||||

(внешние причины при травмах и отравлениях) +-----+ II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней _____ |||||

_____ +-----+ 19. В случае смерти женщины репродуктивного возраста: 19.1. умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности), 19.2. в процессе родов (аборта), 19.3. в течение 42 дней после родов (аборта), 19.4. в течение 43 - 365 дней после окончания беременности, родов Печать Подпись выдавшего свидетельство учреждения здравоохранения о смерти или частнопрактикующего врача - -----

Заполняется в органе ЗАГС 20. Свидетельство проверено в органе ЗАГС врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств о смерти. " ____ " _____ 19__ г. Подпись врача _____ Печать органа ЗАГС

Приложение 3

Утверждено

приказом Минздрава России

от 07.08.98 г.

N 241

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

К ФОРМЕ N 106-2/у-98

СЕРИЯ _____ N _____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного серия _____ N _____) Дата выдачи " ____ " _____ 19__ г. Наименование учреждения здравоохранения _____ Ф.

И. О. частнопрактикующего врача _____ 1. Мертворожденный - 1 _____. Умер

на 1-й неделе жизни - 2 ____ 2. Фамилия, имя, отчество матери ____ 3.
Дата рождения матери: год ____ месяц ____ число ____ 4. Национальность матери
____ 5. Семейное положение матери: состоит в браке - 1,
не состоит в браке - 2 6. Место работы матери ____ 7. Должность
или выполняемая работа ____ 8. Образование высшее - 1, незаконченное
высшее - 2,
среднее специальное - 3, среднее общее - 4,
неполное среднее - 5, начальное и ниже - 6 9. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка
____ 10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен - 3 11. Дата рождения
(мертворождения): год ____ месяц ____
число ____ час. ____ мин. ____ 12. Дата смерти: год ____ месяц ____ число

час. ____ мин. ____ 13. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в др. месте - 3 14.
Который по счету родившийся ребенок у матери ____ 15. Какие по счету роды ____ 16.
Число предшествующих беременностей, ____ из них закончившихся
живорождением ____, мертворождением ____, самопроизвольным
выкидышем ____, медицинским абортom ____, в т. ч. по
медицинским показаниям ____ 17. Последняя из предшествующих
беременностей закончилась:
рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2,
самопроизвольным выкидышем - 3, медицинским абортom - 4, в
т. ч. по медицинским показаниям - 5 18. Продолжительность настоящей беременности ____
недель 19. Число посещений врача (фельдшера) ____ 20. Роды принял: врач - 1, акушерка -
2, фельдшер - 3,
другое лицо - 4 21. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Кровотечение во время родов
07 Предлежание плаценты 02 Роды и родоразрешение, Преждевременная отслойка осложнившиеся
стрессом плаценты 03 плода (дистресс) 08 Неудачная попытка Роды и родоразрешение, стимуляции
родов 04 осложнившиеся Стремительные роды 05 патологическим состоянием Затруднительные
роды пуповины 09 вследствие неправильного Другие (указать) 10 положения или предлежания Не
было 00 плода 06 22. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1,
первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3,
при других многоплодных родах - 4 23. Ребенок (плод) родился: мацерированным - 1, в асфиксии - 2
24. Масса тела ребенка (плода) при рождении ____ г. 25. Рост ребенка (плода) при рождении
____ см. 26. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой
деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3,
неизвестно - 4 27. Смерть ребенка (плода) произошла от заболевания - 1,
несчастливого случая - 2, убийства - 3,
род смерти не установлен - 4 28. Медицинские факторы риска 30. Акушерские процедуры
настоящей беременности Амниоцентез 01 Анемия 01 Мониторинг плода 02 Болезни системы
кровообращения 02 Стимуляция плода 03 Болезни органов дыхания 03 Ультрасонография 04
Инфекционные и Другие (указать) 05 паразитарные болезни Не производили 00 матери 04 31.
Осложнения Гипертензия кардиоваскулярная 05 новорожденного Гипертензия почечная 06 Анемия
01 Вызванная беременностью Фатальный алкогольный гипертензия 07 синдром 02 Сахарный диабет
08 Синдром мекониевой пробки 03 Болезни почек 09 Легочная вентиляция Гидрамнион (многоводие)
10 до 30 мин. 04 Олигогипрамнион 11 Легочная вентиляция Эклампсия 12 свыше 30 мин. 05
Кровотечение в ранние сроки Другие (указать) 06 беременности 13 Не было 07 Инфекция
мочеполовых путей 14 32. Врожденные аномалии Недостаточность питания (пороки развития, при
беременности 15 деформации и хромосомные Генитальный герпес 16 нарушения) Недостаточность

плаценты 17 Анэнцефалия 01 Rh-сенсбилизация 18 Спинно-мозговая грыжа 02 Крупный плод 19
Энцефалоцеле 03 Гипотрофия плода 20 Гидроцефалия 04 Другие (указать) 21 Расщелина неба 05 Не
было 00 Тотальная расщелина губы 06 29. Прочие факторы риска Атрезия пищевода 07
во время беременности Атрезия ануса 08 Курение 01 Эписпадия 09 Употребление алкоголя 02
Редукционные пороки 33. Причина перинатальной смерти конечностей 10

Омфалоцеле 11

Синдром Дауна 12

Другие (указать) 13 а) Основное заболевание или патологическое состояние |||||

ребенка (плода), явившееся причиной смерти |||||

(указывается только одно заболевание) _____ |||||

_____ +-+--+--+|

||||| б) Другие заболевания или патологические состояния |||||

ребенка (плода) _____ +-+--+--+|

||||| в) Основное заболевание или патологическое состояние |||||

матери, оказавшее неблагоприятное влияние на |||||

ребенка (плод) _____ |||||

_____ +-+--+--+|

||||| г) Другие заболевания или патологические состояния |||||

матери, оказавшие неблагоприятное влияние на |||||

ребенка (плод) _____ |||||

_____ +-----+ д) Другие обстоятельства, имевшие
отношение к смерти

_____ Фамилия, и. о. врача (фельдшера, акушерки),
выдавшего свидетельство о смерти _____

_____ Запись акта о _____ N _____ от "___" _____ г.

(рождении, смерти (нужное вписать) Наименование органа ЗАГС _____ Подпись

специалиста органа ЗАГС _____ Дата "___" _____ г. Подпись получателя _____ +-----

-----+ +-----+ |Министерство здравоохранения | |Код формы по ОКУД |

|Российской Федерации | +-----+ | +-----+ | | |Наименование

учреждения | |Медицинская документация | |здравоохранения | |форма N 106-2/у-98 | |

_____ | | | |_____ | |Утверждена приказом Минздрава| | | |России от

07.08.98 г. N 241 | |Ф. И. О. частнопрактикующего врача| | | +-----+ +-----

-----+

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ N _____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного

серия _____ N _____) Дата выдачи "___" _____ 19__ г.

Мертворожденный - 1 Умер на 1-й неделе жизни - 2 1. Фамилия, имя, отчество умершего

_____ 2. Пол: мужской - 1, женский - 2 3. Дата рождения (мертворождения):

год _____, месяц _____,

число _____, час. _____ мин. _____ 4. Дата смерти: год _____, месяц _____, число _____,

час. _____ мин. _____ 5. Место смерти (мертворождения): республика, область (край) _____

_____ район _____, город - 1, село - 2 _____ 7. Смерть (мертворождение) произошла: в

стационаре - 1, дома - 2,

в др. месте - 3 8. Фамилия, имя, отчество матери _____ 9. Дата рождения

матери: год _____ месяц _____ число _____ 10. Национальность матери

_____ 11. Семейное положение матери: состоит в браке - 1, не

состоит

в браке - 2 12. Место постоянного жительства матери умершего (мертворожденного) ребенка:
 республика, область (край) _____
 район _____, город - 1, село - 2 _____
 улица _____, дом _____, кв. _____ 13. Образование матери: высшее - 1, незаконченное высшее - 2, среднее специальное - 3, среднее общее - 4, неполное среднее - 5, начальное и ниже - 6 14. Место работы матери _____ 15. Должность или выполняемая работа _____ 16. Который по счету родившийся ребенок у матери _____ 17. Какие по счету роды _____ 18. Число предшествующих беременностей _____, из них закончившихся живорождением _____, мертворождением _____, самопроизвольным выкидышем _____, медицинским абортom _____, в т. ч. по медицинским показаниям _____ 19. Последняя из предшествующих беременностей закончилась: рождением живом ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3, медицинским абортom - 4, в т. ч. по медицинским показаниям - 5 20. Продолжительность настоящей беременности _____ недель 21. Число посещений врача (фельдшера) _____ 22. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, другое лицо - 4 23. Осложнения родов: не были - 1, были - 2, если были, указать какие _____ 24. Ребенок (плод) родился; при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах - 4 25. Ребенок (плод) родился: мацерированным - 1, в асфиксии - 2 26. Смерть ребенка (плода) произошла от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4 27. Масса тела ребенка (плода) при рождении _____ г. 28. Рост ребенка (плода) при рождении _____ см. 29. Критерии живорождения ребенка (плода): дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, движения произвольной мускулатуры - 4 30. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин. _____ баллов, через 5 мин. _____ баллов 31. Смерть ребенка наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно - 4 32. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4 33. Причина перинатальной смерти: а) Основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается только одно заболевание) | | | | | _____ +-----+ б) Другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода) _____ | | | | | _____ +-----+ в) Основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)

_____ |||||
 _____ +-----+ г) Другие заболевания или патологические
 состояния
 матери, оказавшие неблагоприятное влияние на
 ребенка (плод) _____ |||||
 _____ +-----+ д) Другие обстоятельства, имевшие
 отношение к смерти |||||
 _____ +-----+ 34. Причина смерти (мертворождения)
 установлена: а) врачом, удостоверившим смерть, - 1,
 врачом-акушером, принимавшим роды,- 2,
 врачом-педиатром, лечившим больного ребенка, - 3,
 патологоанатомом - 4, судебно-медицинским
 экспертом - 5, акушеркой - 6, фельдшером - 7 б) на основании: осмотра трупа - 1, записей в
 медицинской документации - 2, предшествовавшего
 наблюдения - 3, вскрытия - 4 35. Фамилия, и., о., должность врача (фельдшера,
 акушерки), выдавшего свидетельство _____
 Подпись выдавшего свидетельство _____
 (Главный врач учреждения
 здравоохранения)
 _____ Печать (фамилия, и., о., подпись) учреждения здравоохранения "___"
 _____ г. или частнопрактикующего врача -----

|||| 2. Медицинское сви- |106/у-93 | А4 | бланк |
 |детельство о смерти| || |
 |(с корешком) || | -"
 |||| 3. Медицинское сви- |195-2/у-98| А4 | бланк |
 |детельство о пери- || |
 |натальной смерти || |
 |(с корешком) || | -" - Начальник Отдела медицинской статистики и информатики

Приложение 5

Утверждено

приказом Минздрава России

от 07.08.98 г.

N 241

СПИСОК ФОРМ

первичной медицинской документации, не применяемой на территории Российской Федерации -----

----- N |Наименование формы | N формы | Формат | Вид документа

--+-----+-----+-----+-----

||| 1. Фельдшерская справка о| 106-1/у-84| А5 | бланк

|смерти || | Начальник Отдела медицинской статистики и информатики