

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 15 апреля 2021 г. №352н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ,
УДОСТОВЕРЯЮЩЕЙ СЛУЧАИ СМЕРТИ, И ПОРЯДКА ИХ ВЫДАЧИ**

...

1. Утвердить:

учетную форму №106/у «Медицинское свидетельство о смерти» согласно приложению №1;

порядок выдачи учетной формы №106/у «Медицинское свидетельство о смерти» согласно приложению №2;

учетную форму №106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» согласно приложению №3;

порядок выдачи учетной формы №106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» согласно приложению №4.

...

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
 от «15» апреля 2021 г. № 352Н

КОРЕНОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 106/У
СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.
 (окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного) (подчеркнуть)
 ранее выданное свидетельство:
 серия _____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего(ей) _____
2. Пол: мужской 1 женский 2
3. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ час _____ мин. _____
4. Дата смерти: число _____ месяц _____ год _____ час _____ мин. _____
5. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____ улица _____ дом _____
6. Смерть наступила: на месте происшествия 1 в машине скорой помощи 2 в стационаре 3
 дома 4 в образовательной организации 5 в другом месте 6
- 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 _____ дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____ улица _____
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 № 106/У
 Утверждена приказом Минздрава России
 от « _____ » _____ 2021 г. № _____

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ
СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.
 (окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного) (подчеркнуть)
 ранее выданное свидетельство:
 серия _____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего(ей) _____
2. Пол: мужской 1 женский 2
3. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
4. Документ, удостоверяющий личность умершего: _____ кем и когда выдан _____ серия _____ номер _____
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 _____ дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____ улица _____
9. Местность: городская 1 сельская 2
10. Место смерти: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____ улица _____
11. Местность: городская 1 сельская 2
12. Смерть наступила: на месте происшествия 1 в машине скорой помощи 2 в стационаре 3
 дома 4 в образовательной организации 5 в другом месте 6
13. * Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 неделя) 1 недоношенный (менее 37 недель) 2 переносный (42 неделя и более) 3
14. * Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года: масса тела ребенка при рождении (грамм) _____ дата рождения матери _____ каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ дата рождения матери _____ возраст матери (полных лет) _____ фамилия матери _____ отчество (при наличии) _____
15. * Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке 1 не состоял(а) в зарегистрированном браке 2 неизвестно 3
16. * Образование: профессиональное: высшее 1 неполное высшее 2 среднее профессиональное 3 общее: среднее 4 основное 5 начальное 6 дошкольное 7 не имеет начального образования 8 неизвестно 9
17. * Занятость: работа(а) 1 проходя(а) военную или приравненную к ней службу 2 пенсионер(ка) 3 студент(ка) 4 не работала 5 прочие 6 неизвестно 7

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

10. Причины смерти:

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

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток 1, из них в течение 7 суток 2

12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) 1, в процессе родов 2, в течение 42 дней после окончания беременности 3, кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности 4

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 _____
Имя отправителя _____

18. Смерть произошла: от заболевания 1, несчастного случая: не связанного с производством 2, связанного с производством 3, убийства 4, самоубийства 5; в ходе действий: военных 6, террористических 7; род смерти не установлен 8
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 1, лечащим врачом 2, фельдшером, акушеркой 3, врачом-патологоанатомом 4, врачом - судебно-медицинским экспертом 5
21. Я, врач (фельдшер, акушерка) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____, должность _____, удостоверяю, что на основании: осмотра трупа 1, записей в медицинской документации 2, предшествующего наблюдения за пациентом 3, вскрытия 4 мною установлены причины смерти.

22. Причины смерти:

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

23. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток 1, из них в течение 7 суток 2

24. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) 1, в процессе родов 2, 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)) _____

** В случае, установленном частью 10 статьи 9 Федерального закона от 5 июня 2012 г. № 50-ФЗ «О регулировании деятельности российских граждан и российских юридических лиц в Америке» («Обращение законодательства Российской Федерации, 2012, № 24, ст. 3067).

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

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 (далее - Единая система), а также посредством информационных систем, указанных в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» <5> (далее - Федеральный закон №323-ФЗ), 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.

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 (далее - СНИЛС) получателя в целях направления медицинского свидетельства о смерти в электронной форме в личный кабинет получателя на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций) (далее - 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 (далее - 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.

Медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа в день его формирования направляется медицинской организацией посредством информационной системы на регистрацию в федеральный реестр электронных медицинских документов.

Нумерация медицинских свидетельств о смерти должна быть сквозной, количество знаков в номере должно состоять из девяти разрядов, старший разряд является цифровым обозначением формы медицинского свидетельства о смерти

«1» - медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа, при этом серия и номер медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа записывается в формате «xx 1xxxxxxxx», где «х» - цифра от 0 до 9;

«2» - медицинское свидетельство о смерти на бумажном носителе, при этом серия и номер медицинского свидетельства о смерти, выданного на бумажном носителе, записываются в формате «xx 2xxxxxxxx», где «х» - цифра от 0 до 9).

в пункте 5 указывается СНИЛС умершего лица;

если информация о СНИЛС умершего лица отсутствует, при оформлении медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе **в пункте 5 делается запись «неизвестно» или ставится прочерк;**

если информация о СНИЛС умершего лица отсутствует, при формировании медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа:

в случае наличия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) сведений о номере полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис ОМС) умершего лица **в пункте 5 делается запись «неизвестно»;**

в случае отсутствия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и сведений о номере полиса ОМС умершего лица медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством Единой системы в Пенсионный фонд Российской Федерации с целью получения информации о СНИЛС умершего лица. В случае если в ответ на запрос информация о СНИЛС умершего лица не получена из Пенсионного фонда Российской Федерации в медицинскую организацию, **в пункте 5 делается запись «неизвестно».**

в пункте 6 указывается номер полиса ОМС умершего лица;

если информации о полисе ОМС умершего лица отсутствует, при оформлении медицинского свидетельства о смерти на бумажном носителе **В пункте 6 делается запись «неизвестно» или ставится прочерк;**

если информация о полисе ОМС умершего лица отсутствует, при формировании медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа:

в случае наличия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и (или) информации о СНИЛС умершего лица, **В пункте 6 делается запись «неизвестно»;**

в случае отсутствия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность умершего лица, и информации о СНИЛС умершего лица медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством Единой системы с целью получения сведений о полисе ОМС умершего лица в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. В случае если в ответ на запрос информация о полисе ОМС умершего лица не поступила из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в медицинскую организацию, **В пункте 6 делается запись «неизвестно».**

Медицинское свидетельство о смерти в форме электронного документа выдается в день его регистрации в РЭМД путем направления в личный кабинет получателя на ЕПГУ. В этот же день получателю в личный кабинет на ЕПГУ отправляется уведомление о выдаче медицинского свидетельства о смерти.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 106-2/У

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного) (*подчеркнуть*)
ранее выданное свидетельство:

серия _____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Рождение мертвого ребенка: _____
2. Ребенок родился живым: _____
и умер (дата): _____
3. Смерть наступила: до начала родов [1] во время родов [2] после родов [3] неизвестно [4]
4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери _____
5. Дата рождения матери: _____
6. **Регистрация по месту жительства (проживания) матери умершего (мертвоорожденного) ребенка:**
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____
дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____
7. Местность: городская [1] сельская [2]
8. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего ребенка (фамилия ребенка, родившегося мертвым) _____
9. Пол: мужской [1] женский [2]
10. Смерть (мертвоорождение) произошла(о): в стационаре [1] дома [2] в другом месте [3] **неизвестно [4]**

Наименование медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность) _____
адрес места нахождения _____
Код по ОКПО _____
Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности: _____

Код форм по ОКУД _____
Медицинская документация
Учетная форма № 106-2/У
Утверждена приказом Минздрава России
от « _____ » _____ 2021 г. № _____

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного) (*подчеркнуть*)
ранее выданное свидетельство:

серия _____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Рождение мертвого ребенка: _____
2. Ребенок родился живым: _____
и умер (дата): _____
3. Смерть наступила: до начала родов [1] во время родов [2] после родов [3] неизвестно [4]

Мать

4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
5. Дата рождения _____
6. **Документ, удостоверяющий личность:** _____ серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____
7. **СПИЛС:** _____
8. **Полус ОМС:** _____
9. **Регистрация по месту жительства (проживания):**
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____
стр. _____ корп. _____ кв. _____
10. Местность: городская [1] сельская [2]
11. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке _____ не состоит в зарегистрированном браке [1] _____
[2] _____ [3] _____
12. Образование: **профессиональное:** высшее [1] среднее профессиональное [3] _____
общее: среднее [4] основное [5] начальное [6] _____
не имеет начального образования [7] неизвестно [8] _____
13. **Занятость:** работала [1] проходила военную или _____
привременную к ней службу [2] студентка [3] _____
не работала [4] прочее [5] _____
14. Которые по счету роды _____

Ребенок

15. Фамилия _____
16. Место смерти (рождения мертвого ребенка):
субъект Российская Федерация _____
район _____ город _____
населенный пункт _____ дом _____
улица _____
стр. _____ корп. _____ кв. _____
17. Местность: городская [1] сельская [2]
18. Смерть (рождение мертвым) произошла(о): в стационаре [1] _____
дома [2] _____ в другом месте [3] _____ неизвестно [4] _____
19. Пол: мужской [1] женский [2]
20. Масса тела ребенка при рождении (г) _____
21. Длина тела ребенка при рождении (см) _____
22. Рождение мертвым или живорождение произошло:
при одноплодных родах [1] _____
при многоплодных родах [2] _____
которыми по счету _____
число родившихся (живыми и мертвыми) детей _____

11. Причины перинатальной смерти:

а)		Коды по МКБ	<input type="text"/>				
	(основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)		<input type="text"/>				
б)			<input type="text"/>				
	(другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)		<input type="text"/>				
в)			<input type="text"/>				
	(основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)		<input type="text"/>				
г)			<input type="text"/>				
	(другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)		<input type="text"/>				
д)			<input type="text"/>				
	(другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)		<input type="text"/>				

12.

(должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего медицинское свидетельство о перинатальной смерти) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

13. Получатель

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и отношение к мертворожденному (умершему ребенку)

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

СНИЛС получателя (при наличии) _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

(подпись) _____

линия отреза

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

24. Смерть ребенка (рождение мертвым) произошла(о): от заболевания несчастного случая убийства
в ходе действий: военных террористических род смерти не установлен

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

26. Причины перинатальной смерти:

а)		Коды по МКБ	<input type="text"/>				
	(основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)		<input type="text"/>				
б)			<input type="text"/>				
	(другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)		<input type="text"/>				
в)			<input type="text"/>				
	(основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)		<input type="text"/>				
г)			<input type="text"/>				
	(другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)		<input type="text"/>				
д)			<input type="text"/>				
	(другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)		<input type="text"/>				

27. Причины смерти установлены: врачом, только удостоверившим смерть врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды
врачом-неонатологом (или врачом-педиатром), лечившим ребенка врачом-патологоанатомом
врачом – судебно-медицинским экспертом фельдшером, акушеркой

28. На основании: осмотра трупа записей в медицинской документации
собственного предшествовавшего наблюдения вскрытия

29.

(должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего медицинское свидетельство о перинатальной смерти) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Руководитель медицинской организации, индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность
(подчеркнуть) _____

Печать _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

30. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« _____ » _____ 20 ____ г.

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

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

Нумерация медицинских свидетельств о перинатальной смерти должна быть сквозной, количество знаков в номере должно состоять из девяти разрядов, старший разряд является цифровым обозначением формы медицинского свидетельства о перинатальной смерти

«**3**» - медицинское свидетельство о перинатальной смерти в форме электронного документа, при этом серия и номер медицинского свидетельства о перинатальной смерти в форме электронного документа записываются в формате **«xx 3xxxxxxxxx»**, где «x» - цифра от 0 до 9;

«**4**» - медицинское свидетельство о перинатальной смерти на бумажном носителе, при этом серия и номер медицинского свидетельства о перинатальной смерти, выданного на бумажном носителе, записываются в формате **«xx 4xxxxxxxxx»**, где «x» - цифра от 0 до 9).

в пункте 7 указывается СНИЛС матери;

если информация о СНИЛС матери отсутствует, при оформлении медицинского свидетельства о перинатальной смерти на бумажном носителе **в пункте 7 делается запись «неизвестно» или ставится прочерк;**

если информация о СНИЛС матери лица отсутствует, при формировании медицинского свидетельства о перинатальной смерти в форме электронного документа:

в случае наличия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность матери, и (или) сведений о номере полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис ОМС) матери **в пункте 7 делается запись «неизвестно»;**

в случае отсутствия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность матери, и сведений о номере полиса ОМС матери медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством Единой системы в Пенсионный фонд Российской Федерации с целью получения информации о СНИЛС матери. В случае если в ответ на запрос информация о СНИЛС матери не получена из Пенсионного фонда Российской Федерации в медицинскую организацию, **в пункте 7 делается запись «неизвестно».**

в пункте 8 указывается номер полиса ОМС матери;

если информации о полисе ОМС матери отсутствует, при оформлении медицинского свидетельства о перинатальной смерти на бумажном носителе **в пункте 8 делается запись «неизвестно» или ставится прочерк;**

если информация о полисе ОМС матери отсутствует, при формировании медицинского свидетельства о перинатальной смерти в форме электронного документа:

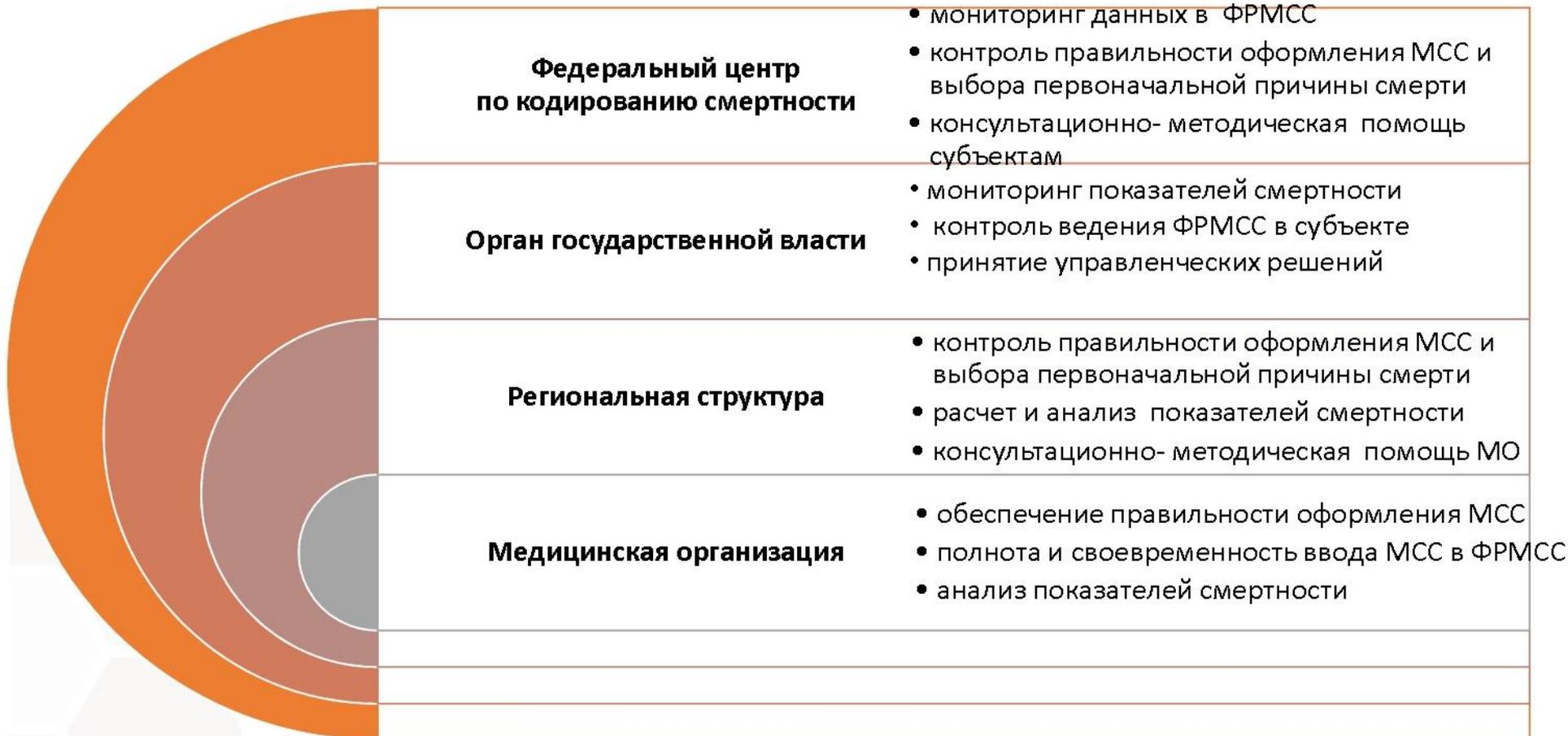
в случае наличия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность матери, и (или) информации о СНИЛС матери **в пункте 8 делается запись «неизвестно»;**

в случае отсутствия сведений о реквизитах документа, удостоверяющего личность матери, и информации о СНИЛС матери медицинская организация с использованием информационной системы направляет запрос посредством Единой системы с целью получения сведений о полисе ОМС матери в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. В случае если в ответ на запрос информация о полисе ОМС матери не получена из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в медицинскую организацию, **в пункте 8 делается запись «неизвестно».**



ЦНИИОИЗ

Целеполагающие направления деятельности по уровням



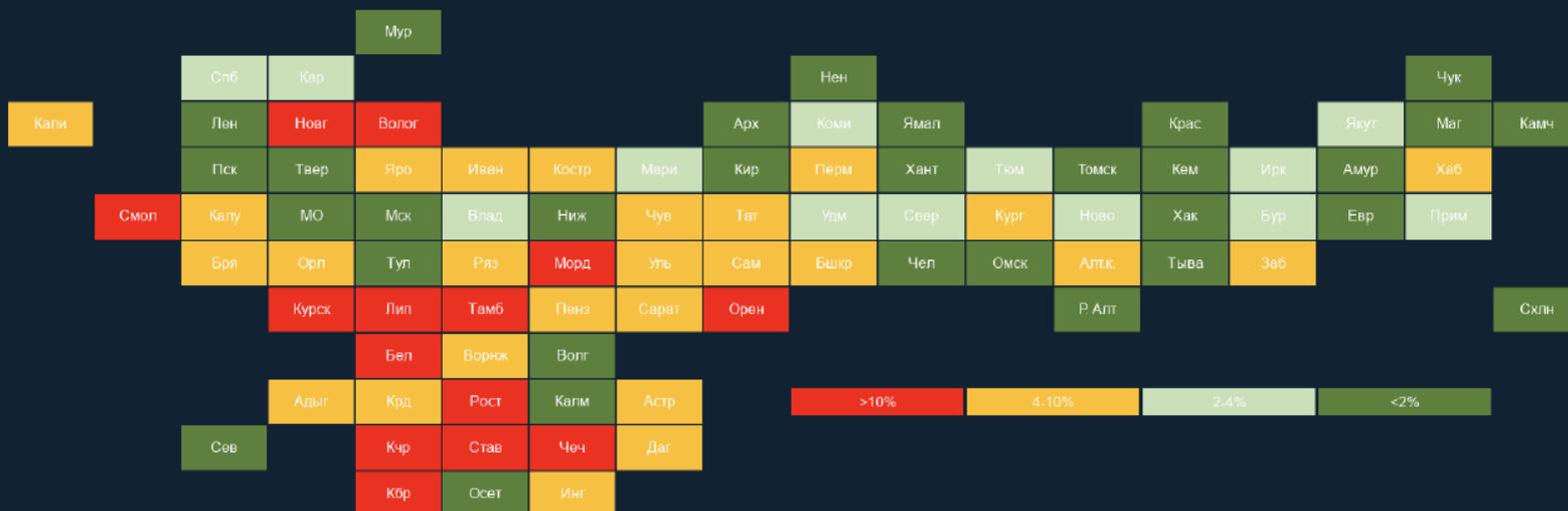


ЦНИИОИЗ

Мониторинг причин смерти, период 16.07.2021-22.07.2021 (%)

Диагноз "Старость" в структуре причин смерти период 16.07.2021-22.07.2021 (%)

#1



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПИСЬМО
от 19 декабря 2014 года N 13-2/1750

[Об использовании термина «Старость» в статистике смертности]

Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения в связи с поступающими запросами о порядке использования термина «Старость» в статистике смертности, разъясняет.

«Старость» (R54) - это состояние, относящееся к классу XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках».

В соответствии с правилом А модификации выбранной причины смерти термин «Старость» относится к неточно обозначенным состояниям.

Данное состояние не может быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти при наличии любого состояния, классифицированного в других рубриках (МКБ-10, том 2, стр.46-47).

Критериями использования кода МКБ-10 R54 «Старость» в качестве первоначальной причины смерти являются: возраст старше 80 лет, **отсутствие в медицинской документации указаний на хронические заболевания**, травмы и их последствия, способные вызвать смерть, отсутствие подозрений на насильственную смерть.

Директор Департамента

Е.П. Какорина

Наименование районов	Старость (R54)		
	количество	удельный вес, %	на 100 000 населения
Наровчатский	16	15,8	332,9
Городищенский	45	11,6	196,4
Вадинский	9	11,4	239,0
Сердобский	58	10,8	257,5
Шемышейский	17	10,7	223,1
Спасский	11	10,7	201,4
Бессоновский	35	9,8	149,9
Бековский	14	9,8	196,7
Малосердобинский	9	9,4	226,6
Пачелмский	13	8,7	191,6
Башмаковский	15	8,6	158,6
Неверкинский	11	8,4	170,6
Сосновоборский	12	8,1	173,1
Лунинский	13	7,2	153,5
Земетчинский	15	6,8	156,6
Нижнеломовский	23	6,4	127,1
Никольский	20	6,4	143,3
Белинский	15	6,0	134,6
Мокшанский	15	5,7	122,9
Камешкирский	6	5,6	116,6
г. Пенза	229	5,5	89,6
Лопатинский	6	5,0	99,3
Пензенский	25	4,9	83,1
Колышлейский	10	4,7	91,9
Каменский	26	4,7	101,5
Тамалинский	4	2,9	60,8
г.Кузнецк	19	2,8	48,1
Иссинский	3	2,6	67,6
Кузнецкий	7	2,4	40,0
г. Заречный			
Всего по области	701	6,11	109,8

Приказ по МСС (352н)

«В пункте <<Занятость>> бланка МСС, действующего в настоящее время есть значение («студенты и учащиеся»), а в новой форме МСС имеется поле «студенты». К какому значению будут отнесены учащиеся, не являющиеся студентами?»

В соответствии с формой электронного документа в данном пункте есть поле «прочие», в котором указываются не обозначенные категории занятости.

«В («Руководстве по реализации CDA (Release 2) уровень 3 Медицинское свидетельство о смерти Редакция (Приложение А. Образец учетной формы 106/у "Медицинское свидетельство о смерти") пункты МСС 16 и 17 относятся к оборотной стороне печатной формы МСС, а в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.04.2021 года N2 352н утверждения учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» данные пункты расположены на лицевой части МСС».

МСС как «Электронный документ» рассматривается как единый документ, который не распределяется на части, такие как «лицевая» или «оборотная».

«Пункт, относящийся к адресу регистрации в МСС имеет название «(Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): Субъект РФ». Каким образом вносить данные о гражданах, имеющих регистрацию по месту жительства на территории других государств при наличии документов, удостоверяющих личность?».

Запись о гражданах, имеющих регистрацию по месту жительства на территории других государств при наличии документов, удостоверяющих личность, относится к категории «неизвестно».