

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ  
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106/У-08

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(окончательного, предварительного, взамен предварительного,  
взамен окончательного)  
(подчеркнуть)

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

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

2. Пол: мужской  1 , женский  2

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

4. Дата смерти: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_

5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей): республика, край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

6. Смерть наступила: на месте происшествия  1 , в машине скорой помощи  2 ,

в стационаре  3 , дома  4 , в другом месте  5

Для детей, умерших в возрасте до 1 года:

7. Дата рождения: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, число месяцев \_\_\_\_\_, дней жизни \_\_\_\_\_

8. Место рождения \_\_\_\_\_

9. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____
---

Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация Учетная форма N 106/у-08 Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н
--

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ г.

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

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

1. Фамилия, имя, отчество умершего (ей) \_\_\_\_\_
2. Пол: мужской  1, женский  2
3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_
4. Дата смерти: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей): республика, край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
6. Местность: городская  1, сельская  2
7. Место смерти: республика, край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
8. Местность: городская  1, сельская  2
9. Смерть наступила: на месте происшествия  1, в машине скорой помощи  2,  
в стационаре  3, дома  4, в другом месте  5.
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37 - 41 недель)  1, недоношенный (менее 37 недель)  2, переносенный (42 недель и более)  3.
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:  
масса тела ребенка при рождении \_\_\_\_\_ грамм  1, каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) \_\_\_\_\_  2,  
дата рождения матери \_\_\_\_\_  3, возраст матери (полных лет) \_\_\_\_\_  4,  
фамилия матери \_\_\_\_\_  5, имя \_\_\_\_\_  6, отчество \_\_\_\_\_  7
12. <\*> Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке  1,  
не состоял(а) в зарегистрированном браке  2, неизвестно  3.
13. <\*> Образование: профессиональное: высшее  1, неполное высшее  2,  
среднее  3, начальное  4; общее: среднее (полное)  5, основное  6,  
начальное  7, не имеет начального образования  8; неизвестно  9.

14. <\*> Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5]; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10].

15. Смерть произошла: от заболевания [1]; несчастного случая: не связанного с производством [2], связанного с производством [3]; убийства [4]; самоубийства [5]; в ходе действий: военных [6], террористических [7]; род смерти не установлен [8].

-----  
 <\*> В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10 - 11, пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

Оборотная сторона

10. Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)		[ ][ ][ ][ ] . [ ]
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)		[ ][ ][ ][ ] . [ ]
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)		[ ][ ][ ][ ] . [ ]
г) _____ (внешняя причина при травмах и		[ ][ ][ ][ ] . [ ]

отравлениях) | |

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

--	--	--	--	--

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

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

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

Подпись \_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись получателя \_\_\_\_\_

----- линия отреза -----

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

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть ,

лечащим врачом , фельдшером (акушеркой) , патологоанатомом ,

судебно-медицинским экспертом .

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
должность \_\_\_\_\_,

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа , записей в медицинской

документации , предшествующего наблюдения за больным(ой) , вскрытия

мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>
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" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/>

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

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) , в процессе родов (аборта) , в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) ; кроме того, в течение 43 - 365 дней после окончания беременности, родов

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

Подпись \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации,  
частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Печать

---

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность  
заполнения медицинских свидетельств.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.12.2008 N 782н (ред. от 27.12.2011) "Об  
утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи  
рождения и смерти")*