



БУЙРУК
ПРИКАЗ

24.03.2022 № 362

Бишкек ш.
г. Бишкек

**Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министрлигинин 2012-жылдын 7-сентябрындагы №477
"Туулган жана өлгөн учурларды алгачкы медициналык эсепке
алуунун формаларын бекитүү жөнүндө" буйругуна
өзгөртүүлөрдү киргизүү тууралуу**

«Санариптик Кыргызстан 2019-2023» санариптик трансформациялоо
Концепциясынын алкагында электрондук башкаруу чөйрөсүндөгү
долбоорлорду ишке ашыруу, Кыргыз Республикасынын Министрлер
Кабинетинин 2021-жылдын 28-сентябрындагы 210-р буйругун аткаруу,
туулган жана өлгөн учурларды электрондук каттоону камсыз кылуу
максатында, **буйрук кылам:**

1. Бекитилсин:
 - 1.1. «Медициналык туулгандыгы тууралуу күбөлүк», форма № 103/у жана аны толтуруу боюнча нускама (1, 2-тиркеме);
 - 1.2. «Перинаталдык өлүм жөнүндө медициналык күбөлүк», форма № 106-2/у жана аны толтуруу боюнча нускама (3, 4-тиркеме);
 - 1.3. «Өлүм жөнүндө медициналык күбөлүк», форма № 106/у, жана аны толтуруу боюнча нускама (5, 6-тиркеме);
 2. Илимий-изилдөө, республикалык саламаттык сактоо уюмдарынын, Бишкек жана Ош шаарынын ОББО, БУМБ, УМБ, АО, ЖДПБ жана башка саламаттык сактоо уюмдарынын, стационардык кызмат көрсөтүү, патолого-анатомикалык, соттук-медициналык жардамдын жетекчилери камсыздашсын:
 - ушул буйрук менен бекитилген нускамаларга ылайык медициналык эсепке алуу документтеринин формаларын так жана сапаттуу жүргүзүү;
- Мөөнөтү: дайыма.

- АИС «Медсвидетельство» маалымат базасына төрөлүү жана өлүм боюнча маалыматты өз убагында жана сапаттуу киргизилсин.

Мөөнөтү: дайыма

3. Медициналык документтерди жүргүзүүнү жокко чыгаруу: «Медициналык туулгандыгы тууралуу күбөлүк» (№103/у формасы), «Перинаталдык өлүм жөнүндө медициналык күбөлүк» (№ 106-2/у формасы), «Перинаталдык өлүм жөнүндө медициналык күбөлүк» (106-2 / у формасы), 2012-жылдын 7-сентябрындагы №477 Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин буйругу менен бекитилген.

4. Электрондук саламаттык сактоо борборунун директору (Т.М. Алхожоев) ушул буйрук менен бекитилген формаларга ылайык АИС «Медсвидетельство» тиешелүү өзгөртүүлөрдү киргизсин.

Мөөнөтү: 2022-жылдын 25-марты.

5. Бул буйруктун аткарылышын контролдоо тейлеген багыттар боюнча министрдин орун басарлары Ж.М. Рахматулаевга жана Б.И. Джангазиевге жүктөлсүн.

**О внесении изменений в приказ МЗ КР от 07.09.12г. № 477
«Об утверждении форм первичного
медицинского учета случаев рождения и смерти»**

В целях реализации проектов в сфере электронного управления в рамках Концепции цифровой трансформации «Цифровой Кыргызстан 2019-2023», во исполнение Распоряжения Кабинета министров КР от 28 сентября 2021 года №210-р, обеспечения электронной регистрации случаев рождения и смерти **приказываю:**

2. Утвердить:

1.1. «Медицинское свидетельство о рождении», форма № 103/у и инструкцию по его заполнению (приложение 1, 2);

1.2. «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», форма № 106-2/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 3, 4);

1.3. «Медицинское свидетельство о смерти», форма № 106/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 5, 6);

2. Руководителям научно-исследовательских, республиканских организаций здравоохранения, ООБ, ОЦСМ, ЦСМ гг. Бишкек и Ош, ТБ, ЦОВП и других организаций здравоохранения, оказывающих услуги

стационарной, патолого-анатомической, судебно-медицинской помощи обеспечить:

- неукоснительное и качественное ведение форм учетной медицинской документации, в соответствии с инструкциями, утвержденными настоящим приказом;

Срок: постоянно.

- своевременный и качественный ввод информации по рождениям и смертям в БД АИС «Медсвидетельство».

Срок: постоянно

3. Отменить ведение медицинской документации: «Медицинское свидетельство о рождении» (форма № 103/у), «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (форма № 106-2/у), «Медицинское свидетельство о смерти» (форма № 106/у), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 07.09.2012 г. №477.

4. Директору Центра электронного здравоохранения (Т.М. Алхожоеву) внести соответствующие изменения в АИС «Медсвидетельство», согласно форм, утвержденных настоящим приказом.

Срок: 25 марта 2022 г.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей министра Ж.М. Рахматулаева и Б.И. Джангазиева по курируемым направлениям.

Министр

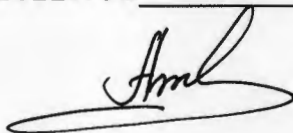


А.С. Бейшеналиев

Лист согласования
к приказу «О внесении изменений в приказ МЗ КР от 07.09.12г.
№ 477 «Об утверждении форм первичного
медицинского учета случаев рождения и смерти»

Приказ подготовлен ЦЭЗ при МЗ КР
“ ” 2022г. №

Директор ЦЭЗ при МЗ КР



Т.М. Алхожоев

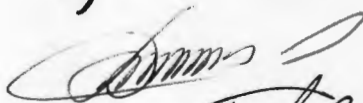
Согласовано:

Заместитель министра



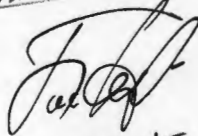
Ж.А. Ташиев

Заместитель министра



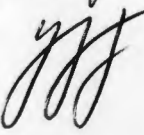
Ж.М. Рахматулаев

Заместитель министра



Б.И. Джангазиев

Начальник УОМПиЛП



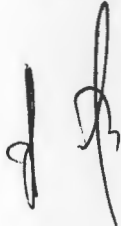
Н.Э. Жусупбекова

Начальник УЧРиМО



А.А. Бообекова

Заведующий юридическим
отделом



А.Б. Жумакеев

QR-код



Приложение 1
к приказу Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики
от «24» 03 2022 г. № 362
Форма № 103 / у

Код ОЗ

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ № _____

Дата выдачи: __. __. ____

1. ПИН: _____ серия паспорта: _____ номер паспорта: _____

ФИО матери: _____

2. Дата рождения матери: __. __. ____

3. Адрес (место постоянного жительства матери): Страна _____

область: _____ район: _____

город (село): _____

ул. _____ дом № _____ кв. № _____

4. Образование матери: высшее, незаконченное высшее, среднее специальное, среднее общее, не полное среднее, начальное.

5. Дата и время родов: __. __. ____ чч. мм.

6. Место родов: в стационаре, на дому, в др. месте

7. Пол ребенка: мужской/женский

8. Имя ребенка: _____

9. Масса ребенка при рождении _____ гр., рост _____ см.

10. Медицинское свидетельство о рождении выдано на основании _____
паспорта матери, другого документа, удостоверяющего личность матери, медицинской документации

11. ФИО медицинского работника, выдавшего свидетельство о рождении: _____

Подпись _____

Печать организации
здравоохранения

Подпись руководителя

ИНСТРУКЦИЯ
о порядке заполнения и выдачи медицинского
свидетельства о рождении (форма №103/у)

1. Общие положения

1.1. В соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики об актах гражданского состояния, факт рождения подлежит обязательной государственной регистрации в органах записи актов гражданского состояния по месту обращения заявителей.

В записи акта о рождении указывается фактическое место рождения ребенка на основании медицинского документа.

Основанием для государственной регистрации рождения является «Медицинское свидетельство о рождении» установленного образца, выданное организацией здравоохранения, в которой происходили роды, либо Медицинское свидетельство о рождении, выданное врачом или другим медицинским работником, уполномоченным органом здравоохранения при родах вне медицинского учреждения.

При государственной регистрации рождения ребенка по заявлению супругов, давших согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, одновременно с документом, подтверждающим факт рождения ребенка, должен быть представлен документ, подтверждающий факт имплантации эмбриона, выданный медицинской организацией.

Регистрации подлежат все случаи рождения живых новорожденных с массой тела 500 грамм и выше и с гестационным сроком 22 недели и выше.

Государственная регистрация рождения, найденного (подкинутого) ребенка, родители которого неизвестны, производится по ходатайству территориального подразделения уполномоченного государственного органа по защите детей, который обязан обратиться в орган записи актов гражданского состояния не позднее семи дней со дня обнаружения ребенка.

1.2. Для обеспечения регистрации рождения в органах ЗАГС Министерством здравоохранения Кыргызской Республики утверждено «Медицинское свидетельство о рождении» - форма № 103/у.

1.3. «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется в электронном формате в АИС «Медицинское свидетельство (далее АИС «МС»)) при выписке матери из стационара всеми организациями здравоохранения, в которых произошли роды, независимо от того, имеют ли эти организации акушерские койки или нет, во всех случаях живорождения (вне зависимости от веса ребенка при рождении и прожитого им времени), на основании паспорта матери и соответствующих записей в медицинской документации («История родов» - форма № 096/у, «Журнала учета родов на дому» - форма № 032/у, «История развития новорожденного» - форма № 112/у).

В случае родов на дому, «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется в электронном формате в АИС «МС», той организацией, медицинский работник которой принимал роды). В случае, если медицинский работник ПСМП не присутствовал при родах, подтверждение факта рождения ребенка данной женщиной проводится комиссионно (не менее 3 человек) на основании:

- 1) индивидуальной карты беременной и родильницы (форма № 111/у) и «Карты беременной домашнего хранения» (форма № 113/у), если данная документация имеется;
- 2) объективного комиссионного осмотра женщины до 72 часов после родов:
 - высоты стояния дна матки,
 - родовых путей,
 - молочных желез.

Примечание: Информация о родах документируется в «Журнале записи родов на дому» (форма № 032/у) и «Индивидуальной карте беременной и родильницы» (в индивидуальную карту также вносятся данные объективного осмотра).

В комиссионном осмотре должны участвовать: врач ГСВ (средний медицинский работник ФАП), средний медицинский работник ГСВ (ФАП), руководитель структурного подразделения (ГСВ, ФАП).

1.4. При многоплодных родах «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется на каждого ребенка в отдельности.

1.5. В сельских местностях и организациях здравоохранения, в которых нет врачей, оно может быть выдано акушеркой или фельдшером, принимавшим роды.

1.6. Руководитель организации здравоохранения:

- обязан обеспечить контроль за качественным и своевременным заполнением «Медицинских свидетельств о рождении» в АИС «МС»;
- обеспечить выдачу бланка «Медицинского свидетельства о рождении», распечатанного из БД АИС «Медсвидетельство», заверенного подписью и печатью руководителя организации здравоохранения;
- выделить специального врача для проверки качества заполнения «Медицинских свидетельств о рождении» в АИС «МС».

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения «Медицинских свидетельств о рождении» в АИС «МС», в случае обнаружения дефекта в заполнении обязан уточнить данные с врачом (средним мед. работником), оформившим «Медицинское свидетельство о рождении», по первичной медицинской документации и обеспечить правильное оформление «Медицинского свидетельства о рождении»;

1.7. В случае утери (порчи) «Медицинского свидетельства о рождении» лицом его получившим, на основании его письменного заявления, составляется новое свидетельство с пометкой «дубликат». При выдаче «дубликата» кроме заявления необходима справка от врача ГСВ (ЦСМ), подтверждающая, что ребенок жив, соответствует указанному возрасту и наблюдается у врача ГСВ. С началом работы органов государственной регистрационной службы по созданию регистра населения с единой компьютерной персонифицированной базой, факт регистрации будет отслеживаться автоматически в любом регионе. «Дубликат» медицинского свидетельства о рождении выдается только на основании первичной учетной медицинской документации («История родов» - форма № 096/у, «Журнала записи родов в стационаре» - форма 010/у - в случае родов в стационаре, и «Индивидуальной карты беременной и родильницы» - форма № 111/у и «Журнала учета родов на дому» - форма № 032/у – в случае родов на дому без последующей госпитализации).

1.8. Бланк «Медицинского свидетельства о рождении» распечатывается из АИС «МС» и подлежит хранению по месту составления данного свидетельства о смерти в течение 5 лет после окончания календарного года, в котором выдано свидетельство. После истечения срока хранения бланк подлежит уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

Примечание: в случае родов на дому без присутствия медперсонала и без предшествующего наблюдения женщины во время беременности медицинское свидетельство о рождении не может быть заполнено медицинскими работниками. В этом случае регистрация факта рождения ребенка осуществляется на основании решения суда.

Медицинскими работниками в данном случае выдается лишь справка о состоянии здоровья ребенка.

2. Порядок заполнения «Медицинского свидетельства о рождении»:

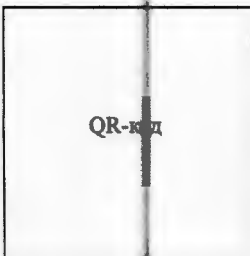
2.1. Номер медицинского свидетельства о смерти будет присваиваться автоматически информационной системой.

2.2 Медицинский работник, оформивший «Медицинское свидетельство о рождении», удостоверяет факт рождения живого ребенка.

При заполнении медицинского свидетельства о рождении указывается персональный идентификационный номер (далее ПИН), серия и номер паспорта, фамилия, имя, отчество, дата рождения матери, место постоянного жительства и ее образование. В пункте 5 указывается дата и время родов, далее указывается место родов. В пункте 7 указывается пол ребенка, далее его имя и масса при рождении в граммах и его рост в сантиметрах, далее отражаются сведения на основании чего выдано свидетельство. Факт рождения ребенка удостоверяется подписью медицинского работника, выдавшего медицинское свидетельство о рождении.

Запись о выдаче медицинского свидетельства о рождении с указанием его номера и даты выдачи из базы данных АИС «МС» должна быть сделана в «Истории развития новорожденного» (форма № 097/у).

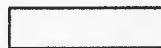
Инструкцию о порядке выдачи и заполнения «Медицинского свидетельства о рождении», утвержденную приказом Минздрава КР № 477 от 07 сентября 2012 года считать утратившей силу.



Приложение 3
к приказу Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики
от «24» 03, 2022 г. № 303
Форма № 106-2 / у



Код ОЗ



Код ГСВ

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ № _____
окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного
с № _____, от дд.мм.гггг

Дата выдачи: дд.мм.гггг

Мертворожденный ☐

Умер на 1-й неделе жизни ☐

1. ФИО умершего: _____

2. Пол: мужской/женский

3. Дата и время рождения (мертворождения): дд.мм.гггг, чч.мм

4. Дата и время смерти: дд.мм.гггг, чч.мм

5. Место смерти (мертворождения): Кыргызская Республика, область: _____

район: _____ город (село): _____

смерть (мертворождение) произошла: в стационаре, дома, в др. месте

6. ПИН матери: _____ серия паспорта: _____ номер паспорта: _____

ФИО матери: _____

7. Дата рождения матери: дд.мм.гггг

8. Национальность: _____

9. Семейное положение: состоит в браке, не был женат, вдовец (вдова), разведен (разведена), неизвестно

Для состоящих в браке (дата заключения брака): дд.мм.гггг

ПИН мужа: _____ серия паспорта: _____ номер паспорта: _____

ФИО мужа: _____

сведения заполнены на основании: записей в паспорте, со слов матери

10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного):

Страна: _____

область: _____ район: _____

город (село): _____

ул. _____ дом № _____ кв. № _____

11. Образование матери: высшее, незаконченное высшее, среднее специальное, среднее общее, не полное среднее, начальное и ниже, не указано

12. Какие по счету роды: _____

13. Какая по счету беременность: _____

14. Продолжительность беременности (в неделях): _____

15. Роды принял: врач, акушерка, фельдшер, др. лицо

16. Ребенок родился: при одноплодных родах, первым из двойни, вторым из двойни, др. многоплодных родах

17. Масса ребенка при рождении _____ гр.

18. Рост ребенка _____ см.

19. Ребенок родился: доношенным, недоношенным, переношенным

20. Ребенок родился: мацерированным, в асфиксии

21. Смерть ребенка наступила: до начала родовой деятельности, во время родов, после родов, неизвестно

22. Смерть ребенка произошла: от заболевания, несчастного случая, убийства, род смерти не установлен

23. Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка, явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)

Код МКБ-10

б) другие заболевания или состояния у ребенка

Код МКБ-10

в) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка

Код МКБ-10

г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка

Код МКБ-10

д) другие сопутствовавшие состояния

24. Причина смерти (мертворождения) установлена:

а) медицинским работником, удостоверившим смерть, медицинским работником, принимавшим роды, врачом-педиатром, лечившим ребенка, патологоанатомом, судебно-медицинским экспертом

б) на основании: осмотра трупа, записей в медицинской документации, предшествовавшего наблюдения, вскрытия

25. ФИО медицинского работника, выдавшего медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

Подпись, выдавшего медицинское свидетельство о перинатальной смерти _____

Печать организации
здравоохранения

Подпись руководителя

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке заполнения «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» и регистрации случаев смерти детей в перинатальном периоде.

Инструкция обязательна для всех организаций здравоохранения, независимо от ведомственной принадлежности.

Срок действия: с момента утверждения.

1. Общие положения:

1.1. В соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики об актах гражданского состояния, факт рождения ребенка, родившегося мертвым или умершего на первой неделе жизни подлежит обязательной государственной регистрации в органах записи актов гражданского состояния по месту обращения заявителей.

Государственная регистрация рождения ребенка, родившегося мертвым, производится на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти, выданного организацией здравоохранения или частнопрактикующим врачом.

Государственная регистрация смерти ребенка, родившегося мертвым, не производится.

В случае если ребенок умер на первой неделе жизни, производится государственная регистрация его рождения и смерти.

Обязанность заявить в орган записи актов гражданского состояния о рождении мертвого ребенка или о рождении и смерти ребенка, умершего на первой неделе жизни, возлагается:

- 1) на руководителя организации здравоохранения, в которой происходили роды или в которой ребенок умер;
- 2) на руководителя организации здравоохранения, врач которой установил факт рождения мертвого ребенка или факт смерти ребенка, умершего на первой неделе жизни, либо на частнопрактикующего врача - при родах вне организации здравоохранения.

Заявление о рождении мертвого ребенка или о рождении и смерти ребенка, умершего на первой неделе жизни, должно быть сделано в письменной форме не позднее чем через три дня со дня установления факта рождения мертвого ребенка или факта смерти ребенка, умершего на первой неделе жизни.

Данные о мертворождении/смерти ребенка должны быть внесены в базу данных АИС «Медицинское свидетельство» (далее БД АИС «МС») не позднее трех суток с момента мертворождения либо наступления смерти.

Ответственность за своевременное внесение информации о рождении мертвого ребенка или умершего на первой неделе жизни, возлагается на руководителя организации здравоохранения, где находилась мать во время родов, или умер новорожденный, или ОЗ, медицинские работники которого оказали медицинскую помощь при родах на дому или установили смерть новорожденного на дому.

1.2. Для обеспечения регистрации смерти в перинатальном периоде Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в электронном формате утверждено «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» - ф. № 106 - 2/у.

1.3. «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» заполняется врачом в электронном формате.

В исключительных случаях, в сельских населенных пунктах в организациях здравоохранения, в которых нет врача, на случай смерти в перинатальном периоде «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» заполняется фельдшером или акушеркой (если роды на дому (вне лечебной организации) принимал фельдшер или акушерка) в бумажном варианте, который передается в МИО ЦСМ/ЦОВП для ввода в БД АИС «МС».

2. Порядок оформления «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».

2.1. «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» составляется в электронном формате специалистами больничных организаций, центров семейной медицины, врачами ГСВ, больниц скорой медицинской помощи, родильных домов, патологоанатомических бюро и бюро судебно-медицинской экспертизы на каждый случай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (0-6 суток или 168 часов после рождения) с массой тела 500 грамм и более (если масса тела при рождении неизвестна, при длине тела 25 см. и более или при гестационном сроке беременности 22 недели и более).

2.2. В случае смерти детей при многоплодных родах свидетельство заполняется на каждого ребенка отдельно.

2.3. Во всех случаях перинатальной смерти ребенка в стационаре или на дому для установления причины гибели ребенка производится вскрытие.

2.4. «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» оформляется специалистом в день вскрытия, клинические данные о патологии матери, ребенка (плода) во время беременности и родов берутся из медицинской документации (история родов - ф. № 096/у, история развития новорожденного - ф. № 097/у).

Примечание: в случае мертворождения при родах, проведенных без помощи медицинского персонала, или в случае смерти ребенка на 1-й неделе жизни, не наблюдавшегося медицинским работником, вскрытие производится судебно-медицинским экспертом (врачом-экспертом) и им же заполняется «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» в электронном формате.

2.5. Запрещается его заполнение заочно, без личного установления врачом факта смерти и вскрытия. В исключительных случаях (см. выше) «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» заполняется фельдшером или акушеркой.

2.6. Регистрация случая мертворождения или перинатальной смерти осуществляется на основании «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» заполненного в электронном формате. Ребенок, умерший на 1-ой неделе жизни, должен быть зарегистрирован в БД АИС «МС», как родившийся - на основании «Медицинского свидетельства о рождении», а затем как умерший - на основании «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».

Примечание: Захоронение трупов мертворожденных и детей, умерших на первой неделе жизни, производится организацией здравоохранения. При настоятельном желании родственников произвести захоронение ребенка, умершего в перинатальном периоде, труп может быть выдан только после ввода факта смерти (мертворождения) в БД АИС «МС».

2.7. «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» может быть представлено в БД АИС «МС» с пометкой “окончательное”, “предварительное”, “взамен предварительного” или «взамен окончательного». Как правило, «Медицинские свидетельства о перинатальной смерти» представляют с пометкой “окончательное”, однако в целях обеспечения большей достоверности регистрируемых причин смерти разрешается вводить с отметкой “предварительное” (например, если возникает необходимость в дополнительном исследовании, или род смерти не установлен, но в дальнейшем может быть уточнен).

2.8. Руководитель организации здравоохранения должен обеспечить контроль за своевременностью и качеством заполнения «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в базе данных АИС «МС».

Примечание: Если было выдано “окончательное” медицинское свидетельство о перинатальной смерти, но в дальнейшем выяснилось, что в нем была допущена неточность в указании диагноза, вносятся дополнения/изменения в медицинское свидетельство с отметкой «взамен окончательного» под прежним номером, но с указанием даты внесения поправок.

2.9. Руководитель организации здравоохранения обязан:

- обеспечить контроль за качественным и своевременным заполнением «Медицинских свидетельств о смерти» в БД АИС «МС»;
- обеспечить выдачу бланка «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти», распечатанного из БД АИС «Медсвидетельство»,

заверенного подписью и печатью руководителя организации здравоохранения;

- выделить специального врача для проверки качества заполнения «Медицинских свидетельств о смерти» в БД АИС «МС».

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения «Медицинских свидетельств о смерти» в БД АИС «МС», в случае обнаружения дефекта в заполнении обязан:

а) уточнить данные с врачом (средним медработником), оформившим «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», по первичной медицинской документации и обеспечить правильное его оформление»;

б) обеспечить разбор неправильно заполненных «Медицинских свидетельств о перинатальной смерти» на врачебных конференциях.

2.10. Бланки «Медицинских свидетельств о перинатальной смерти» должны быть распечатаны и храниться у руководителя организации здравоохранения/ заместителя/ специально выделенного ответственного лица в течение пяти лет после календарного, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

2.11. Номер «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти», дата его выдачи и причина смерти, записанная в свидетельстве, должны быть указаны в истории развития ребенка (ф. № 097/у), в случае мертворождения в истории родов (ф. № 096/у). В этих же документах, из базы данных АИС «МС», должно быть указано, в каком органе ЗАГС произведена регистрация, номер и дата записи акта мертворождения, рождения и перинатальной смерти.

3. Порядок заполнения «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».

3.1. Заполнение «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» производится в электронном формате путем вписывания необходимых сведений в соответствующих пунктах.

3.2. Правильность и полнота заполнения каждого из пунктов свидетельства обеспечивает необходимую достоверную статистическую информацию для государственной регистрации случаев смерти и для государственной статистики причин смерти. Заполнять следует все пункты свидетельства, а при отсутствии тех или иных сведений следует записать “не известно”, “не правильно” и т.д.

3.3. **Номер медицинского свидетельства о смерти будет присваиваться автоматически информационной системой.**

3.4. В «Медицинском свидетельстве о перинатальной смерти» отмечается галочкой родился ребенок мертвым или умер на первой неделе жизни.

3.5. В пунктах с 1 по 5 указывается Ф.И.О. умершего ребенка, его пол, дата рождения, дата смерти и место смерти .

3.6. Далее заполняются некоторые сведения о матери: ПИН, серия паспорта, номер паспорта, Ф.И.О. матери, сведения о семейном положении матери. Для состоящих в браке указывается дата заключения брака, ПИН мужа, серия паспорта, номер паспорта, ФИО мужа.

3.7. В пункте 10. указывается место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворождённого).

3.8. Далее заполняются сведения об образовании матери, сведения о родах: какие были по счету эти роды, какая по счету беременность, ее продолжительность в неделях.

3.9 Далее указываются сведения о ребенке: масса (грамм), рост при рождении (сантиметр), где наступила смерть и причина смерти.

«Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» составляется в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и предусматривает запись как причин смерти ребенка (плода), так и патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод.

Данные о причинах смерти ребенка (мертворожденного) вносятся в пяти разделах соответствующего пункта, обозначенных буквами от “а” до “д”:

- **в строку “а”** вносится основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), обусловившее наступление смерти;
- **в строку “б”** - другие заболевания или патологические состояния у ребенка, способствующие наступлению смерти;
- **в строку “в”** - основное заболевание (или состояние матери), которое оказало наиболее выраженное неблагоприятное воздействие на новорожденного (плод);
- **в строку “г”** записываются другие заболевания матери (или состояние матери, последа), которые могли способствовать смерти ребенка (плода).

В строку “а” и “в” записывается только один диагноз. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние последа, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), не представляется возможным, следует записать в строках “в” и “г” - “не известны”, “не установлены”, а не ставить прочерк.

Строка “д” предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на наступление смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны операции, оперативные мероприятия, предпринятые с целью родоразрешения.

Примечание: При смерти от внешней причины в строке “а” указывается непосредственная причина смерти ребенка, например-переохлаждение, ожог, закупорка дыхательных путей пищей, перелом свода черепа. В строке “в” – обстоятельства, вызвавшие непосредственную причину смерти (внешнюю причину смерти).

3.8. Следующие примеры иллюстрируют порядок записи причины перинатальной смерти и отбора их для статистической разработки:

Производится **двойное кодирование основных причин смерти** (по ребенку и по матери).

Коды по основному заболеванию матери, которое повлияло на состояние ребенка, проставляют от **P00-P04**. Все остальные коды в данном классе используются для кодирования состояний ребенка. Кроме XVI класса используется класс XVII (врожденные аномалии) и класс I (A 50 – врожденный сифилис).

Пример: Возраст матери – 44 года, роды восьмые, в сроке 29 недель. В родильное отделение поступила по поводу преэклампсии тяжелой степени. В анамнезе у матери хронический пиелонефрит. Родился живой ребенок, умер через 30 минут после рождения. Вскрыт патологоанатомом.

Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)

.....*Болезнь гиалиновых мембран*.....**P22.0**.....

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)

.....*Ателектаз легких, глубокая недоношенность*.....

в) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)

.....*Преэклампсия тяжелой степени*..... **P00.0**.....

г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)

.....*Хронический пиелонефрит*.....

д) другие сопутствовавшие состояния

.....

Пример: Живорожденный, роды в сроке 29 недель, умер в течение первого дня жизни. В анамнезе у матери – самопроизвольные аборт в сроках 12 и 18 недель. Вскрыт патологоанатомом.

Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)

.....*Первичный ателектаз легких*.....**P28.0**.....

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)

.....

в) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)

.....*Преждевременные роды, причина неизвестна*..... **P01.1**.....

г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)

.....*Привычный аборт*.....

д) другие сопутствовавшие состояния

.....*Домашние роды без присутствия медперсонала*.....

Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)

.....*Тяжелая внутриутробная гипоксия*.....**P20.1**.....

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)

.....

в) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)

.....*Роды в устойчивом затылочном предлежании*..... **P01.1**.....

г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)

Пример: Беременная в сроке 40 недель, больна пиелонефритом в течение четырех лет. Самопроизвольные роды на 39-40 неделе беременности. В родах - угрожающая асфиксия плода. Абсолютная короткость пуповины. Масса тела ребенка при рождении 3200г, длина 51см. Ребенок умер на третьи сутки. После дополнительного исследования патологоанатомом выдано «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти».

Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)

.....*Внутриутробный стафилококковый сепсис*.....**P36.3**.....

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)

.....*Внутриутробная асфиксия плода*.....

в) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)

.....*Хронический пиелонефрит*..... **P00.1**.....

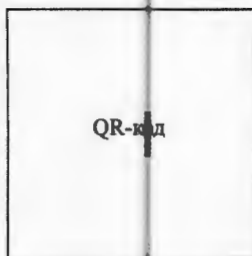
г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)

.....*Абсолютная короткость пуповины*.....

Немаловажное значение имеет выполнение таких требований при заполнении медицинской документации о перинатальной смерти, как:

- недопущение сокращения слов при написании диагноза, использование условных обозначений в виде аббревиатуры (заглавных букв);
- заполнение всех пунктов свидетельства.
- соответствие записей причин смерти во всех учетных документах умершего: в « Медицинском свидетельстве о смерти» («Медицинском свидетельстве о перинатальной смерти»), протоколе вскрытия, посмертном эпикризе в "Медицинской карте амбулаторного больного" (форма 025/у), "Медицинской карте стационарного больного" (форма 003/у), «Истории родов» (096/у), «Истории развития новорожденного» (097/у) и др.

Инструкцию о порядке выдачи и заполнения «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти», утвержденных приказом Минздрава КР № 477 от 07 сентября 2012 года считать утратившей силу.



Приложение 5
к приказу Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики
от «24» 03. 2022 г. № 362
Форма № 106 / у



Код ОЗ



Код ГСВ

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ № _____
окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного
с № _____, от дд.мм.гггг

Дата выдачи: дд.мм.гггг

1. ПИН: _____ серия паспорта: _____ номер паспорта: _____

ФИО умершего: _____

2. Пол: мужской/женский

3. Дата рождения: дд.мм.гггг

4. Дата смерти: дд.мм.гггг

5. Для детей, умерших в возрасте от 7 дней до 1 года: доношенный/недоношенный
масса (вес) при рождении _____ граммов, число дней _____ жизни.

6. В случае смерти женщины, указать дополнительно: умерла беременной, во время аборта, во время родов,
течение 42 дней после родов (аборта), в течение 43 - 365 дней после окончания беременности, родов.

7. Место постоянного жительства умершего: _____

область: _____ район: _____

город (село): _____

ул. _____ дом № _____ кв. № _____

8. Место смерти: Кыргызская Республика, область: _____

район: _____ город (село): _____

смерть последовала: _____

9. Смерть наступила от: заболевания, несчастного случая вне производства, несчастного случая в связи с
производством, убийства, самоубийства, род смерти не установлен.

10. Причина смерти установлена: медицинским работником, только установившим смерть, лежавшим умершего,
патологоанатомом, судебно-медицинским экспертом.

11. Я, врач (фельдшер, акушерка): _____

Ф.И.О.

должность: _____

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа, записей лечащего врача в медицинской документации,
предшествующего наблюдения, вскрытия мною определена последовательность патологических процессов
(состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

Причина смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью
I Болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти с указанием последовательности событий: (основная причина смерти указывается в последнюю очередь)		
a) Код МКБ-10	_____	_____
_____ непосредственная причина смерти		_____
b) Код МКБ-10	_____	_____
_____ осложнение вызванное (или явившееся следствием)		_____
c) Код МКБ-10	_____	_____
_____ осложнение вызванное (или явившееся следствием)		_____
d) Код МКБ-10	_____	_____
_____ основная причина смерти		_____
II Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней:		

12. В случае смерти от воздействия внешних причин, отравления или травмы:

a) дата травмы (отравления): дд.мм.гггг _____

b) при несчастных случаях, не связанных с производством, указать вид травмы: бытовая, уличная (кроме транспортной), дорожно-транспортная, школьная, спортивная, прочие _____

в) место и обстоятельство при которых произошла травма, отравление (указать подробно): _____

13. Медицинское свидетельство о смерти выдано (наименование организации здравоохранения) _____

14. ФИО выдавшего медицинское свидетельство о смерти: _____

Подпись выдавшего медицинское свидетельство о смерти _____

Печать организации
здравоохранения

Подпись руководителя

ИНСТРУКЦИЯ
о порядке заполнения «Медицинского
свидетельства о смерти» (Форма №106/у)

Инструкция обязательна для всех организаций здравоохранения, независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности.

Срок действия: с момента утверждения.

1. В соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики об актах гражданского состояния, факт смерти подлежит обязательной государственной регистрации

Государственная регистрация смерти производится органом записи актов гражданского состояния по месту обращения заявителя или через Государственный портал электронных услуг, на основании заключения организации здравоохранения – «Медицинского свидетельства о смерти» заполненного в электронном формате в базе данных АИС «Медицинское свидетельство» (далее – БД АИС «МС»).

В соответствии с пунктом 2 статьи 32 Закона Кыргызской Республики «Об актах гражданского состояния» от 1 августа 2020 года №110, заявить о смерти обязана медицинская организация или учреждение социальной защиты населения - в случае если смерть наступила в период пребывания лица в данной организации или учреждении;

2. Для установления факта смерти лица в возрасте от 7 дней и старше, обеспечения его регистрации в органах ЗАГС, Министерством здравоохранения Кыргызской Республики утверждено "Медицинское свидетельство о смерти" - ф. №106/у, которое оформляется в электронном формате специалистами больничных организаций, центрами семейной медицины, ГСВ, ФАП, больницами скорой медицинской помощи, родильными домами, санаториями, бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомическими бюро, в дальнейшем именуемыми в инструкции "Организациями здравоохранения".

В исключительных случаях, в сельских населенных пунктах в организациях здравоохранения, в которых нет врача, на случай смерти «Медицинское свидетельство о смерти» заполняется в бумажном варианте фельдшером/ акушеркой/ медицинской сестрой, которое передается в МИО ЦСМ/ЦОВП для ввода в базу данных АИС «МС».

Выдача тупа без ввода данных в БД АИС «МС» запрещается.

В исключительных случаях «Медицинское свидетельство о смерти» может быть оформлено врачом (фельдшером/ акушеркой/ медицинской сестрой), установившим смерть на основании осмотра тупа /записей в медицинской документации, подтверждающих наличие хронических заболеваний. В данном случае обязательно наличие заключения (справки) судебно-медицинского эксперта и представителя органов внутренних дел об отсутствии признаков насильственной смерти, разрешающей заполнение медицинского свидетельства о смерти врачу ЦСМ (ГСВ) или среднему медицинскому работнику ФАП.

Примечание: Патологоанатомическому вскрытию подлежат все умершие в организациях здравоохранения, оказывающих стационарные услуги. Руководителю принадлежит право отмены патологоанатомического вскрытия только в самых исключительных случаях. Об отмене патологоанатомического вскрытия руководитель дает письменное указание в «Карте стационарного больного» с обоснованием отмены вскрытия.

Отмена вскрытия не допускается:

- в случаях смерти лиц, находящихся в организациях здравоохранения менее суток;
- при инфекционных заболеваниях и при подозрении на них;
- во всех случаях неясного прижизненного диагноза;

- в случаях смерти после диагностических инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий.

При наличии подозрения на насильственную смерть, или, если смерть последовала от механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта, произведенного вне организации здравоохранения, при внезапной смерти детей, не находившихся под медицинским наблюдением, а также на умерших, личность которых не установлена, «Медицинское свидетельство о смерти» выдается только судебно-медицинским экспертом после вскрытия.

3. «Медицинское свидетельство о смерти» - это не только медицинский документ, удостоверяющий факт смерти для регистрации в органах ЗАГС, но и важный статистический документ, являющийся основой государственной статистики причин смерти.

Правильность и полнота заполнения каждого из пунктов «Медицинского свидетельства о смерти» обеспечат их полноценную статистическую разработку.

Заполнению подлежат все пункты «Медицинского свидетельства о смерти», при отсутствии тех или иных сведений следует вписать "не известен", "не установлен" и т.д. Заполнение «Медицинского свидетельства о смерти» производится вписыванием необходимых сведений - код ОЗ и ГСВ.

Номер «Медицинского свидетельства о смерти» будет присваиваться автоматически информационной системой.

С целью обеспечения большей достоверности регистрируемых причин смерти и для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в органах ЗАГС и погребение, «Медицинское свидетельство о смерти» составляется с пометкой "окончательное" либо "предварительное", "взамен предварительного" или «взамен окончательного». «Медицинское свидетельство о смерти» с отметкой "предварительное" составляется в случаях, если для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования, или к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство) не был установлен, но в дальнейшем может быть уточнен.

После уточнения причины смерти и рода смерти составляется новое «Медицинское свидетельство о смерти» в БД АИС «МС» с отметкой "взамен предварительного", либо «взамен окончательного».

Медицинский работник, оформивший «Медицинское свидетельство о смерти», указывает персональный идентификационный номер (далее ПИН), серию и номер паспорта, фамилию, имя, отчество, дату рождения и дату смерти умершего. Для детей, умерших в возрасте от 7 дней до года указывается масса тела в граммах, число дней жизни и приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью. В случае смерти женщины, при наличии сведений о беременности, родах в течение последних, предшествовавших смерти 365 дней заполняется пункт 6. Далее заполняются сведения о постоянном месте жительства и месте смерти умершего, от чего наступила смерть, кем установлена причина смерти. В п.11 указывается ФИО и должность медицинского работника удостоверившего факт смерти.

Затем медицинским работником заполняется информация о причине смерти.

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

Медицинский работник, заполняющий «Медицинское свидетельство о смерти», указывает и кодирует непосредственную причину смерти, осложнение, вызванное основной причиной смерти и основную - первоначальную причину смерти, согласно МКБ-10 пересмотра (см. пункт 5). При причине смерти от заболеваний кодируется болезни или состояния приведшие к смерти, а в случае смерти от воздействия внешних причин, отравлений, код внешней причины смерти указывается в пункте 12 и более подробно отражаются сведения о месте и обстоятельстве смерти.

Документ подписывается лицом, выдавшим документ.

4. Руководитель организации здравоохранения обязан:

- обеспечить контроль за качественным и своевременным заполнением «Медицинских свидетельств о смерти» в АИС «МС»;

- обеспечить выдачу бланка «Медицинского свидетельства о смерти», распечатанного из БД АИС «Медсвидетельство», заверенного подписью и печатью руководителя организации здравоохранения;

- выделить специального врача для проверки качества заполнения «Медицинских свидетельств о смерти» в АИС «МС».

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения «Медицинских свидетельств о смерти» в АИС «МС», в случае обнаружения дефекта в заполнении обязан:

а) уточнить данные с врачом (средним медработником), оформившим «Медицинское свидетельство о смерти», по первичной медицинской документации и обеспечить правильное оформление «Медицинского свидетельства о смерти»;

б) обеспечить разбор неправильно заполненных «Медицинских свидетельств о смерти» на врачебных конференциях.

5. По определению Всемирной организации здравоохранения причины смерти, которые должны регистрироваться в «Медицинском свидетельстве о смерти», это "все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы".

Порядок записи причин смерти, предусмотренный в «Медицинском свидетельстве о смерти», должен помочь врачу (фельдшеру/акушерке/ медицинской сестре) из комплекса взаимодействующих заболеваний выделить тот патологический процесс, который непосредственно привел к смерти, и те заболевания, которые способствовали смертельному исходу, оказав неблагоприятное влияние на течение основного заболевания.

Первоначальной причиной смерти следует считать:

а) болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти;

б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

Причина смерти записывается в двух частях соответствующего пункта медицинского свидетельства:

I. Первая часть подразделяется на 4 строки (а, б, с, d). В этой части указываются этиологически и патогенетически связанные заболевания.

а) - непосредственная причина смерти, заболевание или осложнение, приведшее к смерти;

б) и с) - патологические состояния или осложнения, вызванные основной (первоначальной) причиной смерти, и в свою очередь вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти;

d) - основная (первоначальная) причина смерти.

II. Во второй части этого пункта отмечаются прочие важные (сопутствовавшие) заболевания, существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но причинно не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

Если первоначальная причина смерти совпадает с непосредственной причиной смерти, запись причины повторяется дважды в пунктах (а) и (d), т.к. кодируется только первоначальная причина смерти.

Примеры заполнения «Медицинского свидетельства о смерти»:

1) I. а) Уремия, 2 мес.;

б) ---;

с) ---;

d) Хронический гломерулонефрит, 6 лет.

II. ---.

Код основной причины смерти - хронический гломерулонефрит (N 03.9).

2) I. а) Легочное сердце, 2 года;

б) ---;

с) Диффузный пневмосклероз, 5 лет;

d) Бронхоэктатическая болезнь, 15 лет.

II. ---.

Код основной причины смерти - бронхоэктатическая болезнь (J 47).

При кодировании причин смерти **с острыми состояниями** (инфаркт, острое нарушение мозгового кровообращения) предпочтение отдается острому состоянию.

3) I. а) Кардиогенный шок, 1 час;

б) ---

с) ---

д) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда, 1 час.

II. Сахарный диабет.

Код основной причины смерти - острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда (I 21.0).

4) I. а) Острое нарушение мозгового кровообращения, 4 дня;

б) ---;

с) ---;

д) Геморрагический инсульт, 4 дня.

II. Гипертензия.

Код основной причины смерти – геморрагический инсульт (I 64).

В тех случаях, когда в свидетельстве указано более одного патологического состояния, при кодировании, в качестве исходной предшествовавшей причины выбирают состояние, которое единственно записано на нижней заполненной строке части I только в том случае, если оно могло привести к возникновению всех состояний, записанных в свидетельстве выше.

Пример: I. а) Печеночная недостаточность, 15 дней;

б) ---;

с) Закупорка желчного протока, 1 месяц;

д) Рак головки поджелудочной железы, 3 года.

II. ---.

Код основной причины смерти - рак головки поджелудочной железы (C25.0).

При записи диагноза нельзя допускать неопределенности, ограничиваться общими указаниями и указанием симптомов. Например: воспаление легких, нефрит, рак, почечная колика и т.д. Следует указывать форму, стадию, локализацию заболевания. Например: очаговое воспаление легких, острый (хронический) нефрит, фиброзно - кавернозный туберкулез легких, рак шейки матки, мочекаменная болезнь и т.д.

Если выбранная причина относится к классу XVIII (Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках), за исключением рубрики R95-R99 (неточно обозначенные и неизвестные причины смерти), и в свидетельстве указано состояние, классифицируемое в других рубриках, то проводят повторный выбор причины смерти, как если бы состояние, классифицированное в классе XVIII, не было записано в свидетельстве.

Пример: I. а) Застойная пневмония, 3 мес.;

б) ---;

с) Ревматоидный артрит, 24 года;

д) Старость.

II. ---.

В данном случае кодируют ревматоидный артрит (M 06.9). Старость же - не принимают во внимание.

При заполнении «Медицинского свидетельства о смерти» на женщину, смерть которой наступила в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощенной ею, или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины, рекомендуется:

1) В части I записывать сведения о причине смерти в строках a,b,c,d, причем запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами и послеродовым периодом (42) дня.

2) В части II указывать срок беременности либо день послеродового периода (в пределах 42 дней после родов) и сопутствовавшие заболевания, патогенетически не связанных с основной причиной смерти.

Пример: I. а) Геморрагический шок, 1 час;

- b) ---;
- c) ---;
- d) Послеродовое кровотечение, 10 час. (О 72.2).

II. Преждевременные роды в сроке беременности 36 недель.

Примечание: если выбранной причиной является ранняя стадия болезни и в свидетельстве указана также более поздняя стадия той же болезни, необходимо кодировать более позднюю стадию болезни.

Пример: I. а) Преэклампсия в родах, 5 часов;

- b) ---;
- c) ---;
- d) Эклампсия, 4 часа (О 15.1).

II. Гипертензия неуточненная. Роды I в сроке 40 недель.

Кодируют эклампсию в родах (О 15.1).

Сведения о причине смерти беременной (роженицы, родильницы), косвенно связанной с акушерскими причинами (смерть в результате болезни, существовавшей прежде или возникшей в период беременности и отягощенной ее физиологическим течением: диабет, сердечно-сосудистое заболевание, туберкулез и др.), также записываются в части I, в строках а, b, c, d. При этом запись о беременности и ее сроках делается в части II.

Пример: I. а) Печеночная кома, 24 часа;

- b) ---;
- c) ---;
- d) Острый гепатит В, 12 дней (О 98.4)

II. Беременность в сроке 28 недель.

Во всех случаях смерти женщин в послеродовом периоде в пределах 42 дней после родов в части II делается запись: послеродовый период, день.

Помимо этого, в пункте 6. медицинского свидетельства о смерти, отмечается наличие беременности в предшествовавшие смерти 42 дня.

В случае смерти от травм - указывается локализация и характер травмы. Кроме того, в пункте 12 необходимо точно указать:

- а) дату травмы: год, месяц, число;
- б) при несчастных случаях, не связанных с производством, указывается вид травмы (бытовая, уличная, дорожно-транспортная и т.д.);
- в) место и обстоятельства, при которых произошла травма.

Пример: 1) I. а) Перелом основания черепа, 3 часа;

- b) --- ;
- c) --- ;
- d) Перелом основания черепа, 3 часа (S 02.1).

II. Проникающее ранение грудной полости.

В пункте 12 указано: (V 13.4)

а) 2019 год, ноябрь, 23.

б) ДТП.

в) Велосипедист, сбит легковым автомобилем.

В данном случае производится двойное кодирование, где указывается внешний фактор и характер травмы, приведшие к смерти: V 13.4-S 02.1.

Пример: I. а) Кровотечение, 4 часа;

- b) ---;
- c) разрыв бедренной артерии, 4 часа;
- d) открытый перелом средней трети правого бедра, 4 часа (S 72.3)

II. ---.

В пункте 12 указано: (V 04.1)

а) 2012 год, апрель, 10.

б) ДТП.

в) пешеход сбит автобусом. V 04.1- S 72.3.

В соответствующих пунктах указывается, кем была установлена смерть, наименование ОЗ, дата заполнения «Медицинского свидетельства о смерти», подпись и печать.

Запись о заполнении «Медицинского свидетельства о смерти» в АИС «МС» (дата, №, запись причины смерти) должна быть сделана в соответствующих документах («Медицинская карта стационарного больного» - ф. № 003/у, История родов - ф. № 096/у, «Медицинская карта амбулаторного больного» - ф. № 025/у и т.д.).

Бланк «Медицинского свидетельства о смерти» распечатывается из АИС «МС» и подлежит хранению по месту составления данного свидетельства о смерти в течение 5 лет после окончания календарного года, в котором выдано свидетельство. После истечения срока хранения бланк подлежит уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

Инструкцию о порядке выдачи и заполнения «Медицинского свидетельства о смерти», утвержденную приказом Минздрава КР № 477 от 07 сентября 2012 года считать утратившей силу.