КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106/У-08

СЕРИЯ <u>1</u> № <u>1</u>

Дата выдачи <u>«12» апреля</u> <u>2021</u> г.

	(оконч	чательного	, пре	=	юго, взаме №	_	_			ончательного) (подчеркнуть)	
										_1.	
1.	Фамилия,	имя, отчест	во умеј	ршего(ей)			#1	Тестово	е Свидет	гельство	
		ской 1, ж									
3. 1	Дата рож д	дения: число	·	, месяц	август	, год					
4. J	Дата смер	ти: число	12	, месяц	август	, год	2020	, время _	21:11	_	
										Кемеровская область - Кузбас	C
I	оайон	Кемеро	во	город			населенны	ый пункт		Кемерово	
2	/лица 					цом	<u> </u>	KB		ре 3, дома 4, в другом месте 5	
				происшеств сте до 1 го д		ине скор	оои помощ	и 2, в (стационај	ре 3, дома 4, в другом месте з	,
		J <u>-</u>	-		•	гоп		ниспо м	IOCUIIOD	אווכאיע אום וווי	
8. 1	дата рожд Место рох	цения. числ кления		, месяц				, число м		, дней жизни	
9.	Рамилия,	имя, отчест	во мате	ери							
Ро На ад Ко Дл	оссийской азвание м прес од по ОКГ пя врача,	і Федерации педицинской ПО занимающе	тесто тося ча	изации овая МО 12 Адрес 1 11111 астной практ			 - = -	Медиц Учетна Утвера	цинская д ая форма ждена пр	ОКУД окументация №106/у-08 иказом Минзравсоцразвития Росси я 2008 г. №782н	-
2. I	Фамилия, Пол: муж	имя, отчест ской 1, ж	во умеј енский	дварительн серия ршего(ей) : 2	ЕДИЦИНСКО Дата выд кое, взамен №	СЕРИЯ ачи <u>«12</u> предвар	I <u>1</u> № <u>1</u> » <u>апреля</u> оительног « » #1	я <u>2021</u> го, взал Тестово	г. мен окон <u>20</u> е Свидет	гельство	
5. I	цата смер Место пос	ти. число ж олонняют	ительс:	, месяц гва (регистра	август ации) умерше	, год го(ей): ре	еспублика	, время <u> </u>	21:11 бласть	 Кемеровская область - Кузбас	c
I	оайон				Į.					Кемерово	
6. I	лица Местності	ь: городска	я 1, c	сельская 2		цом		_ кв			
7. I	Место сме	ерти: респуб	лика, к	край, області	Кемеро		<u> бласть - К</u>				
7	оайон /лица	Кемеро			I	цом	населенны	ый пункт кв.		Кемерово	
9. (10. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11.	Смерть на Для детей переноше Для детей масса тель считая ме фамилия по семейн	г, умерших в нный (42 нед думерших в а ребенка протворожден об толожени об то	а месте возрас дель и с возра	происшеств тее от 168 ча более) 3. сте от 168 ча дении 2, да тоял(а) в зар льное: высц; не имеет н в экономике очие 3, не ке: пенсион 0. певания 1;	сов до 1 меся сов до 1 года: та рождения 5, имя регистрирование пее 1, неполачального обратов	ца: доно грамм 1 матери ном бран ное выстразовани пи и спец ванные р центы и у случая: н	шенный(3' , каким по ке 1 , не шее 2 , с) е 8 ; неи циалисты в набочие 4 чащиеся	7-41 неде о счету бо 6, отче с состоял реднее Завестно ысшего у , занять 7, работ	ыл ребено З, возрас ество п(а) в заре З, начал 9, пуровня квые на воен павшие в	ре 3, дома 4, в другом месте 5 недоношенный (менее 37 недель) 2 ок у матери (считая умерших и не ст матери (полных лет) 4, 7 гистрированном браке 2, къное 4; общее: среднее (полное) валификации 1, прочие специали нной службе 5; личном подсобном хозяйстве 8, ом 2, связанного с	5,
1		ством 3;								ористических 7; род смерти не	

^{*} В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10-11, пункты 12-14 заполняются в отношении их матерей.

10.	Причины смерти:		Приблизительный период времени между началом паталогического процесса и смертью	Код по МКБ-10					
I.	a)		222						
	(болезнь или состояние, непосредственно приведше б)	е к смерти)							
	(патологическое состояние, которое привело к возникновению вы в)	ышеуказанной причины)							
	(первоначальная причина смерти указывается по	следней)							
11	(внешняя причина при травмах и отравлени Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но или патологическим состоянием, приведшим к ней, вклю наркотических средств, психотропных и других токсичест в крови, а также операции (название, дата) В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в В случае смерти беременной (независимо от срока и лока	о не связанные с болез: чая употребление алко ких веществ, содержан течение 30 суток 1,	оголя, ие их ———————————————————————————————————	по 42 дней после					
13.	окончания беременности, родов (аборта) 3; кроме того Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), за Администратор #1	в течение 43-365 дней	после окончания беременност	и, родов 4.					
14.	Фамилия, имя, отчество получателя	номер, кем выдан)							
	« » <u>20</u>	Подпись	получателя						
	В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоуб роде смерти - указать дату травмы (отравления): число а также место и обстоятельства, при которых произошла Причины смерти установлены: врачом, только установив	1 месяц янва гравма (отравление) ка ка	прь год 2020 время	12:31 ,					
	атологоанатомом 4, судебно-медицинским экспертом 5. Я, врач (фельдшер, акушерка)								
	должность, удостоверяю, что на основании: осмотра трупа 1, записей в медицинской документации 2, предшествующего наблюдения за								
	больным(ой) 3, вскрытия 4 мною определена последо смерти, и установлены причины смерти. Причины смерти:	вательность патологич	Приблизительный период времени между началом паталогического процесса и смертью	код по МКБ-10					
1.	(болезнь или состояние, непосредственно приведше	е к смерти)							
	(патологическое состояние, которое привело к возникновению ві	лиоуказанной причины)							
	в)	amoy naoamion ripi imia,							
	(первоначальная причина смерти указывается по Г)	следней)							
	(внешняя причина при травмах и отравлени Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но или патологическим состоянием, приведшим к ней, вклю наркотических средств, психотропных и других токсичест в крови, а также операции (название, дата)	о не связанные с болез чая употребление алко	голя,						
21. 22.	В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в В случае смерти беременной (независимо от срока и лока окончания беременности, родов (аборта) 3; кроме того Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), за Подпись	лизации) 1, в процес в течение 43-365 дней	се родов (аборта) 2, в течен после окончания беременност	и, родов 4.					
	Руководитель медицинской организации, частнопрактикующий врач (подчеркнуть)		1						
	Печать	(подпись)	(фамилия, имя, отч	лество)					
23.	Свидетельство проверено врачом, ответственным за правл	ильность заполнения м	едицинских свидетельств.						
	<u>« »20</u> г.	(подпись)	(фамилия, имя, отч	ество)					