

КОРПУС МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ № И03/у-84 № _____
(остается в лечебном учреждении)

Дата выдачи " " 19 г.

1. Фамилия, имя, отчество матери _____
2. Адрес: республика, область (край) _____ район _____
город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. № _____
3. Дата родов: год _____ месяц _____ число _____ час _____
4. Пол ребенка: мальчик, девочка (подчеркнуть)
5. Свидетельство выдал: врач (фельдшер, акушерка) _____
подчеркнуть, ф.и.о.

Линия отреза

Коп формы по О.КУД 5103834 6

Министерство здравоохранения СССР
Наименование учреждения

Медицинская документация форма № И03/у-84
Утверждена Минздравом СССР 11.11.1934 г.
№ 1300

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ № _____
(выдается для регистрации в органах ЗАГС)

Дата выдачи " " 19 г.

Я, врач (фельдшер, акушерка) _____

Фамилия, имя, отчество

настоящим удостоверяю, что у гр-ки _____

Фамилия, имя, отчество

формат
корешком А5

проживающей по адресу: республика, область (край) _____
район _____ город (село) _____
улица _____ дом № _____ кв. № _____

в _____ наименование лечебного учреждения, на дому _____

родился: год _____ месяц _____ число _____ час _____

ребенок: мальчик, девочка (подчеркнуть)

Врач (фельдшер, акушерка) _____

(подпись)

Печать

К сведению родителей

В соответствии с Кодексом о браке и семье РСФСР регистрация ребенка в органах ЗАГС обязательна и должна быть произведена в месячный срок со дня рождения (в других союзных республиках в сроки, установленные Кодексами этих республик).

КОРЕШОК ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К ФОРМЕ № 106/у-84 № _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)

Дата выдачи " ____ " 19 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Возраст _____ 3. Дата смерти _____
число, месяц, год

Фамилия врача, выдавшего свидетельство о смерти

" ____ " 19 ____ г.

Подпись получателя _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Код формы по О КУД 15!1!0!3!8!3!5! 12

Министерство здравоохранения СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация форма № 106/у-84
Утверждена Минздравом СССР 19. II. 84 г.
№ 11310101

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ №

(окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)

Дата выдачи " ____ " 19 ____ г.

- Место для кода
1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Пол: муж.-1, жен.-2 (подчеркнуть) *(Формат с корешком А4)*
3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____
4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____
5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 мес.: доношенный-1; недоношенный-2 (подчеркнуть)
6. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 года: масса(вес) при рождении _____ грамм
7. Место постоянного жительства умершего: область (край) республика _____
район _____
город - 1, село - 2 (подчеркнуть) _____
(вписать)
ул. _____ дом _____ кв. _____
8. Место смерти: а) область (край), республика _____
район _____ город (село) _____
- 8б) смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в др. месте - 3 (подчеркнуть)
(вписать где)
9. Смерть произошла от: заболевания-1, несчастного случая вне производства-2, несчастного случая в связи с производством-3, убийства - 4, самоубийства - 5, род смерти не установлен - 6.
10. Причина смерти установлена: врачом, только установившим смерть - 1, врачом, лечаившим умершего - 2, патологоанатомом - 3, судебно-медицинским экспертом - 4 (подчеркнуть)

Причина смерти:

- I а) _____
б) _____
в) _____
II _____

Дата отсылки сигнального извещения № _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

II. Я, врач _____ должность _____
Ф.И.О.

Удостоверяю, что на основании: осмотра трупа - 1, записей лечащего врача в медицинской документации - 2, предшествующего наблюдения - 3, вскрытия - 4 (подчеркнуть) мной определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

Ia _____

I. Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнение основного заболевания)
а) _____ заболевание; вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти: основное (первоначальное) заболевание указывается последним б) _____
в) _____

Ib _____

Iv _____

II _____

II. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти

I2 _____

I2. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы: а) дата травмы (отравления): год _____ месяц _____ число _____
б) при несчастных случаях, не связанных с производством, указать вид травмы: бытовая-1, уличная (кроме транспортной)-2, дорожно-транспортная-3, школьная-4, спортивная-5, прочие-6 (подчеркнуть)
в) место и обстоятельства, при которых произошла травма(отравление)

I3 _____

I3. Врачебное свидетельство выдано: наименование медицинского учреждения

Печать

Подпись врача, выдавшего свидетельство о смерти _____

I4. Врачебное свидетельство проверено в органах здравоохранением врачом, ответственным за правильность заполнения врачебных свидетельств о смерти

_____ 19 ____ г. Подпись _____

КОРПОЛ ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ К ФОРМЕ № 106-2/у-84 № _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)

Дата выдачи " _____" 19 ____ г.

Мертворожденный

Умер на I-й неделе жизни

1. Фамилия, имя, отчество матери _____
2. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка _____
3. Дата родов _____ 4. Дата смерти _____ 5. Возраст _____ дней
6. Смерть последовала: в стационаре, дома, в др. месте (подчеркнуть)
7. Фамилия врача, выдавшего свидетельство о смерти _____
8. Зарегистрировано в загс, акт № _____ дата _____ Подпись

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Код формы по ОКУД 5103837 5

Министерство здравоохранения СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация

Форма № 106-2/у-84

Утверждена Минздравом СССР 19. II. 84 г. № 1300

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ № _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)

Дата выдачи " _____" 19 ____ г.

I - Мертворожденный

2 - Умер на I-й неделе жизни

- Место для шифра 1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Пол: мужской - 1 , женский - 2 (подчеркнуть)
3. Дата рождения (мертворождения): год _____ месяц _____ число _____ час _____
4. Дата смерти : год _____ месяц _____ число _____ час _____
5. Место смерти (мертворождения): а) республика, область (край) _____
район _____ город - 1 , село - 2
б) смерть (мертворождение) произошла: В ста-
ционаре - 1 _____ дома - 2 , в др. месте 3 (подчеркнуть)
вписать

6. Фамилия, имя, отчество матери _____
7. Год рождения матери _____ 8. Национальность _____
9. Семейное положение: состоит в браке - 1 , не состоит в браке - 2 (подчеркнуть)

Для состоящих в браке: дата заключения брака _____

Фамилия, имя, отчество мужа _____
(сведения заполнены на основании записей в паспорте матери, со слов матери -
пужное подчеркнуть)

10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного) _____
республика, область (край) _____ район _____
город - 1 , село - 2 (подчеркнуть) _____ улица _____ дом _____ кв. № _____

11. Образование матери: начальное - 1 , среднее общее - 2 , среднее специальное - 3 ,
высшее - 4 (подчеркнуть)

12. Место работы матери _____
Занятие по этому месту работы (должность или выполняемая работа) _____

13. Какие по счету роды _____ 14. Продолжительность настоящей беременности _____
нед.

15. Роды пришли: врач - 1 , акушерка - 2 , фельцнер - 3 , др. лицо - 4 (подчеркнуть)
кто

Причина перинатальной смерти:

- а) _____
б) _____
в) _____
г) _____
д) _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

16. Ребенок (плод) родился: при одноглодных родах - 1 , первым из двойни - 2 , вторым из двойни - 3 , др. многоглодных родах - 4 (подчеркнуть)
17. Масса ребенка (плода) при рождении _____ гр. 18. Рост ребенка (плода) _____ см.
19. Ребенок (плод) родился: доношенный - 1 , недоношенный - 2 , переношенный - 3 (подчеркнуть)
20. Ребенок (плод) родился: мацерированным - 1 , в асфиксии - 2 (подчеркнуть)
21. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1 , во время родов - 2 , после родов - 3 , не известно - 4 (подчеркнуть)
22. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1 , несчастного случая - 2 , убийства - 3 , род. смерти не установлен - 4 (подчеркнуть)
23. Причина перинатальной смерти:
а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) _____

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода) _____

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

г) другие заболевания или состояния матери (состояния последа), способствовавшие смерти ребенка (плода) _____

д) другие сопутствовавшие состояния _____
- 24а. Причина смерти (мертворождения) установлена: а) врачом, удостоверившим смерть - 1 , врачом, принимавшим роды - 2 , врачом-педиатром, лечившим ребенка - 3 , патологоанатомом - 4 , судебно-медицинским экспертом - 5 (подчеркнуть)
б) на основании: осмотра трупа - 1 , записей в медицинской документации - 2 , предшествовавшего наблюдения - 3 , вскрытия - 4 (подчеркнуть)
25. Фамилия, имя, отчество, должность врача, выдавшего свидетельство _____

Подпись врача _____

ПЕЧАТЬ

Главный врач учреждения здравоохранения

Фамилия _____ / подпись /

26. Свидетельство проверено в органах ЗагС врачом, ответственным за правильность заполнения.

“ ” 19 г.

Подпись:

КОРЕШОК ФЕЛЬДШЕРСКОЙ СПРАВКИ О СМЕРТИ К ФОРМЕ № 106-Л/у-84 №	
Дата выдачи " ____ " 19 ____ г.	
1. Фамилия, имя, отчество умершего _____	
2. Возраст _____	3. Дата смерти _____ число, месяц, год
Фамилия, имя, отчество лица, выдавшего справку _____	
" ____ " 19 ____ г. Подпись получателя _____	

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Министерство здравоохранения СССР Наименование учреждения	Код формы О КУД 5103836 9 Медицинская документация Форма № 106-Л/у-84 Утверждена Минздравом СССР 19. II. 84 № 1300
--	---

ФЕЛЬДШЕРСКАЯ СПРАВКА О СМЕРТИ № _____	
Дата выдачи " ____ " 19 ____ г.	
Место для кода	1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Пол: муж.-1, жен.-2 (подчеркнуть)	формат с корешком А4
3. Дата рождения: год _____	месяц _____ число _____
4. Дата смерти: год _____	месяц _____ число _____
5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 мес.: доношенный-1; недоношенный-2 (подчеркнуть)	
6. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 года: масса (вес) при рождении _____ грамм	
7. Место постоянного жительства умершего: область(край), республика _____ район _____ город - 1, село - 2 (подчеркнуть) (вписывать)	
улица _____	дом _____ квартира _____
8. Место смерти: а) область(край), республика _____ район _____ город(село) _____ б) смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в др.месте - 3 вписывать где, подчеркнуть	

Причина смерти:

- I a) _____
b) _____
II _____

Дата отправки сигнального извещения № ____ " ____ " ____ 19 ____ г.

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

9. Я, фельдшер _____
фамилия, имя, отчество, должность
удостоверяю, что на основании: осмотра трупа 1 , предшествовавшего наблюдения за
больным 2 , записей в медицинской документации 3 , установлена следующая причина
смерти:
Ia _____
I. Непосредственная причина смерти (заболевание а) _____
или осложнение основного заболевания) _____
Основная причина смерти (первона- б) _____
чальное заболевание, вызвавшее непосред-
ственную причину смерти)
II. Другие важные заболевания, способствовавшие
смертельному исходу, но не связанные с за-
болеванием, послужившим непосредственной при-
чиной смерти
10. Наблюдался ли умерший при жизни врачом по поводу заболевания, явившегося основной
причиной смерти: да 1 , нет 2 (подчеркнуть)
II. Фельдшерская справка выдана: а) наименование медицинского учреждения _____

Печать

Подпись выдавшего справку _____

" ____ " 19 ____ г.

10. Справка проверена в загсе врачом, ответственным за правильность заполнения
свидетельства о смерти

" ____ " 19 ____ г.

Подпись _____