

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**  
**от 26 декабря 2008 г. N 782н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ И ПОРЯДКЕ  
ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, УДОСТОВЕРЯЮЩЕЙ  
СЛУЧАИ РОЖДЕНИЯ И СМЕРТИ**

Список изменяющих документов  
(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н)

В соответствии с [пунктом 5.2.100.1](#) Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11, ст. 1036; N 15, ст. 1555; N 23, ст. 2713; N 42, ст. 4825, N 46, ст. 5337, "Российская газета", N 245, 28.11.2008), и в целях совершенствования системы учета первичной учетной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, и организации ее ведения приказываю:

1. Утвердить:

---

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н утверждена новая форма Медицинского свидетельства о рождении.

---

1. учетную [форму N 103/у-08](#) "Медицинское свидетельство о рождении" согласно приложению N 1;

(приложение N 1 утратило силу. - [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н)

2. учетную [форму N 106/у-08](#) "Медицинское свидетельство о смерти" согласно приложению N 2;

3. учетную [форму N 106-2/у-08](#) "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" согласно приложению N 3.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

организовать применение учетных форм, указанных в [пункте 1](#) настоящего Приказа, в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой;

организовать централизованное изготовление медицинских свидетельств о рождении и смерти, учетные формы которых утверждены настоящим Приказом, и обеспечение ими медицинских организаций независимо от их организационно-правовой формы, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

3. Признать утратившим силу [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 августа 1998 г. N 241 "О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-Х" (зарегистрирован Минюстом России 2 октября 1998 г. N 1628).

Министр  
Т.ГОЛИКОВА

---

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н утверждена новая форма медицинского [свидетельства](#) о рождении.

---

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Утратило силу. - [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н.

---

[Рекомендации](#) по порядку выдачи и заполнения данной учетной формы см. в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178.

---

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 | Код по

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

\_\_\_\_\_  .

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 [1],  
лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4],  
судебно-медицинским экспертом [5].

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

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской  
документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия  
[4] 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)		[ ][ ][ ][ ] . [ ]
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)

--	--	--	--

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

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

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

Подпись \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации,  
частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

Печать \_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество врача)

Приложение N 3  
к Приказу  
Минздравсоцразвития России  
от 26 декабря 2008 г. N 782н

[Рекомендации](#) по порядку выдачи и заполнения данной учетной формы см. в письме  
Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ  
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106-2/у-08

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного,  
взамен окончательного) (подчеркнуть)

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

1. Роды мертвым плодом: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_
2. Ребенок родился живым: число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_  
и умер дата: \_\_\_\_\_ число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_
3. Смерть наступила:  до начала родов,  во время родов,  после родов,  неизвестно
4. Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_
5. Дата рождения матери: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_
6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего (мертворожденного) ребенка:  
республика, край, область \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
город (село) \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
7. Местность: городская , сельская
8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) \_\_\_\_\_
9. Пол: мальчик , девочка
10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре , дома , в другом месте

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация
Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____	Учетная форма N 106-2/у-08 Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н

#### МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

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

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

1. Роды мертвым плодом: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_
2. Ребенок родился живым: число \_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_  
и умер - число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, час. \_\_, мин. \_\_



3. Смерть наступила: до начала родов  1 , во время родов  2 , после родов  3 , неизвестно  4

Мать	Ребенок (плод)
4. Фамилия, имя, отчество _____	12. Фамилия ребенка (плода) _____
5. Дата рождения матери <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> число месяц год	13. Место смерти (мертворождения): республика, край, область _____ район _____ город (село) _____
6. Место постоянного жительства (регистрации): республика, край, область _____ район _____ город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. _____	14. Местность: городская <input type="text"/> 1 , сельская <input type="text"/> 2 .
7. Местность: городская <input type="text"/> 1 , сельская <input type="text"/> 2	15. Смерть (мертворождение) произошла (о): в стационаре <input type="text"/> 1 , дома <input type="text"/> 2 , в другом месте <input type="text"/> 3 , неизвестно <input type="text"/> 4 .
8. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке <input type="text"/> 1 , не состоит в зарегистрированном браке <input type="text"/> 2 , неизвестно <input type="text"/> 3	16. Пол: мальчик <input type="text"/> 1 , девочка <input type="text"/> 2
9. Образование: профессиональное: высшее <input type="text"/> 1 , неполное высшее <input type="text"/> 2 , среднее <input type="text"/> 3 , начальное <input type="text"/> 4 ; общее: среднее (полное) <input type="text"/> 5 , основное <input type="text"/> 6 , начальное <input type="text"/> 7 ; не имеет начального образования <input type="text"/> 8 ; неизвестно <input type="text"/> 9	17. Масса тела ребенка (плода) при рождении <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г
10. Занятость: была занята в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации <input type="text"/> 1 , прочие специалисты <input type="text"/> 2 , квалифицированные рабочие <input type="text"/> 3 , неквалифицированные рабочие <input type="text"/> 4 , занятые на военной службе	18. Длина тела ребенка (плода) при рождении <input type="text"/> <input type="text"/> см
	19. Мертворождение или живорождение произошло: при одноплодных родах <input type="text"/> <input type="text"/> при многоплодных родах: которыми по счету <input type="text"/> <input type="text"/> число детей родившихся (живыми и мертвыми) <input type="text"/> <input type="text"/>

5 ; не была занята в экономике:

пенсионеры 6 , студенты и учащиеся 7 ,  
работавшие в личном подсобном хозяйстве

8 , безработные 9 , прочие 10

11. Которые по счету роды

Оборотная сторона

11. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода  
или ребенка

--	--	--	--

б) другие заболевания или патологические состояния плода или  
ребенка

--	--	--	--

в) основное заболевание или патологическое состояние матери,  
оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

--	--	--	--

г) другие заболевания или патологические состояния матери,  
оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

--	--	--	--

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению,  
смерти

--	--	--	--

12. \_\_\_\_\_  
(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя,  
заполнившего Медицинское свидетельство (отчество)  
о перинатальной смерти)

13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) N \_\_\_\_\_  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., наименование органа ЗАГС \_\_\_\_\_,  
фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС \_\_\_\_\_

14. Получатель \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному  
(умершему ребенку))

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись)

----- линия отреза -----

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

21. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания 1 , несчастного  
случая 2 , убийства 3 , род смерти не установлен 4

22. Лицо, принимавшее роды: врач 1 , фельдшер, акушерка 2 , другое 3

23. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

--	--	--	--	--

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

--	--	--	--	--

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

--	--	--	--	--

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

--	--	--	--	--

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

--	--	--	--	--

24. Причины смерти установлены:

врачом, только удостоверившим смерть , врачом-акушером-гинекологом,

принимавшим роды , врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка

, врачом-патологоанатомом , судебно-медицинским экспертом ,

акушеркой , фельдшером

на основании: осмотра трупа , записей в медицинской документации

, собственного предшествовавшего наблюдения , вскрытия .

25.

(должность врача (фельдшера, акушерки),  
заполнившего Медицинское свидетельство  
о перинатальной смерти)

(подпись)

(фамилия, имя,  
отчество)

Руководитель медицинской организации,  
частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Печать

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество врача)