Работа с документом «Медицинское свидетельство о смерти»

Медицинское свидетельство о смерти по форме N 106/у-08 выдается для обеспечения государственной регистрации смерти, а также для государственного статистического учета. Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства и лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.
Работа по оформлению медицинского свидетельства о смерти осуществляется с помощью пункта меню «Документы» → «Реестр умерших» → «Медицинские свидетельства о смерти» в МИС «КСАМУ» (рисунок 1).

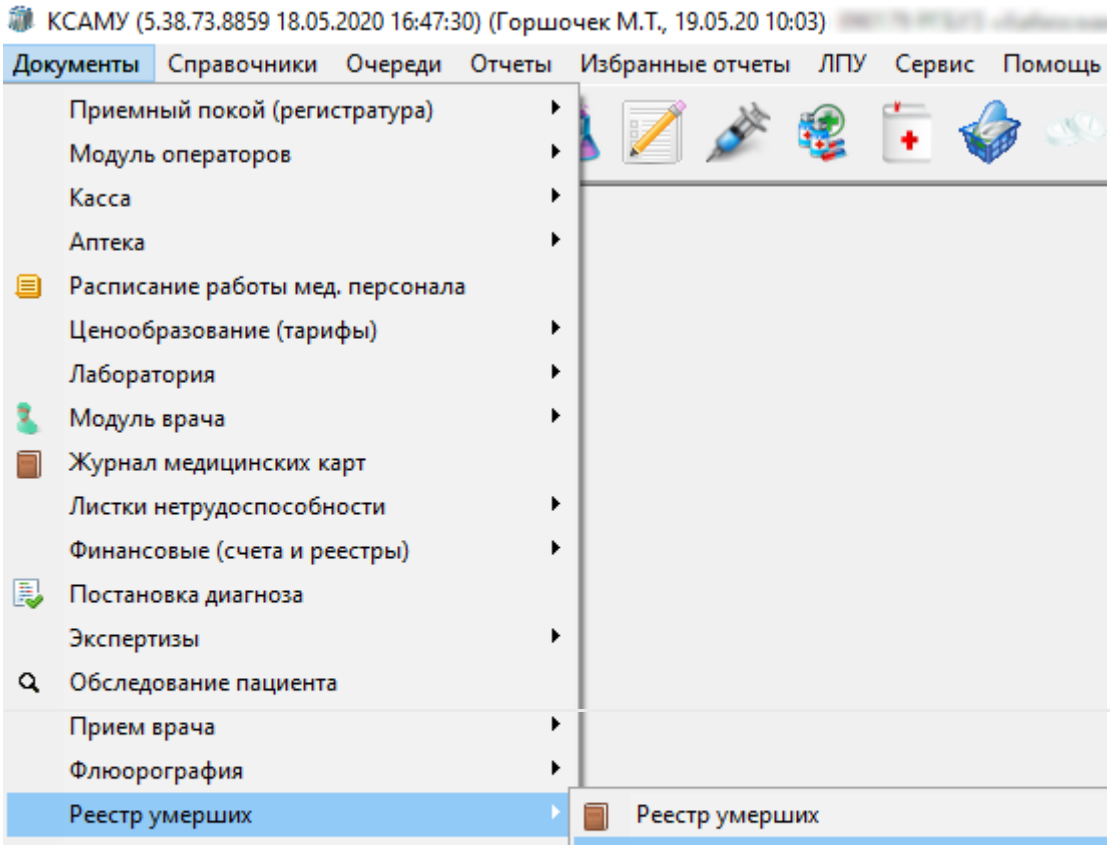


Рисунок 1.

В открывшемся окне «Документ: Медицинские свидетельства о (перинатальной) смерти» располагается список всех пациентов, на которых ранее были созданы свидетельства о смерти (рисунок 2). Количество столбцов для отображения можно настроить индивидуально.
В данном окне можно отслеживать процесс выгрузки и регистрации медицинского свидетельства о смерти, а также увидеть текст с указанием ошибки, если документ не был принят. В данном журнале можно настроить отображение столбцов (исключить или добавить нужные), а также изменить порядок их отображения.

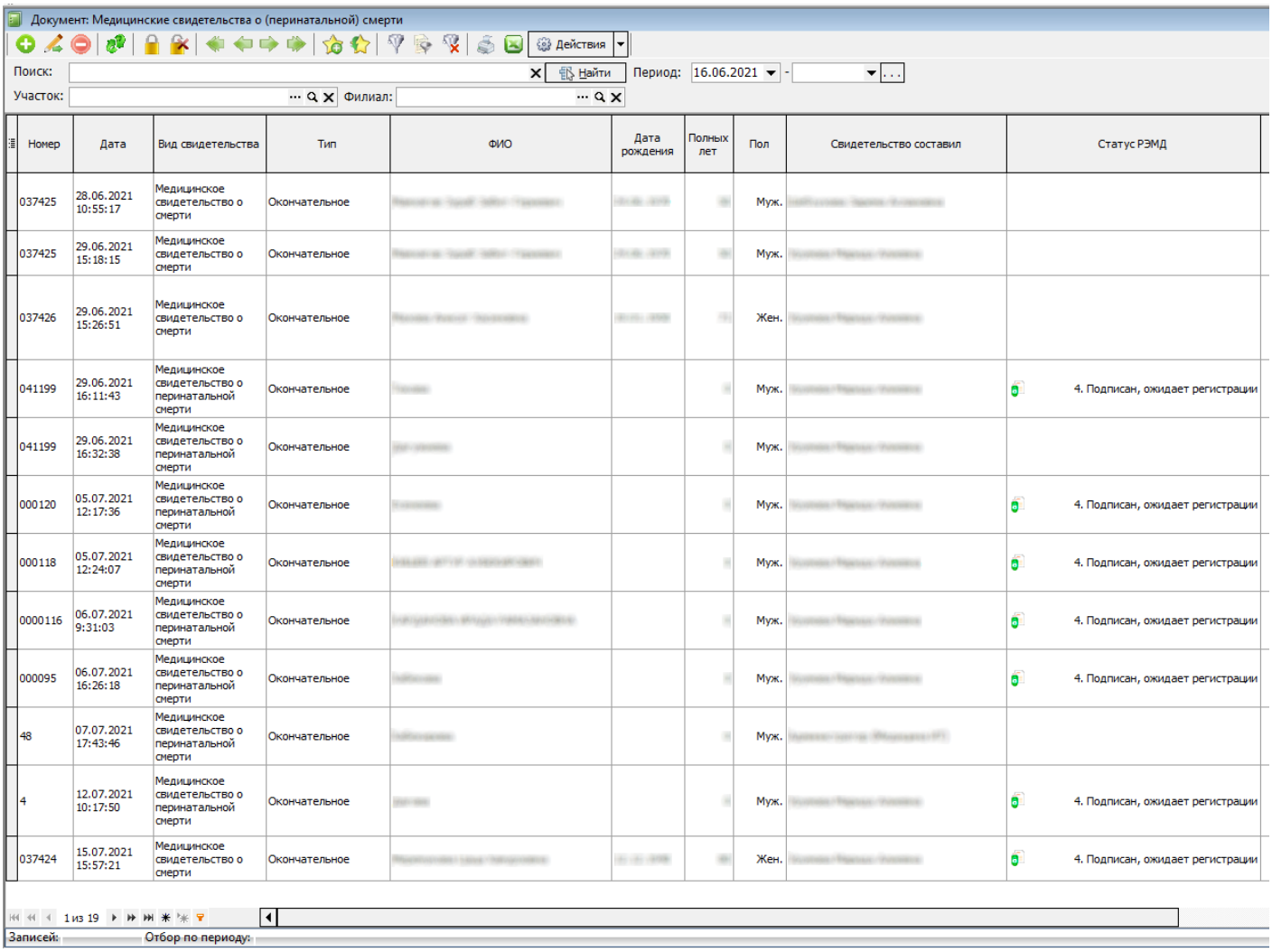


Рисунок 2.

В верхней части данного окна располагается панель с кнопками для работы с записями в журнале.
Для создания нового медицинского свидетельства о смерти необходимо нажать на кнопку создания нового документа. После этого откроется окно «Документ: Медицинские свидетельства о (перинатальной) смерти (Новый)».

Необходимо указать номер и серию оформляемого свидетельства, дату и время смерти пациента, а также вид: свидетельство о смерти или свидетельство о перинатальной смерти. В качестве начальных цифр серии бланков медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр – для автономных округов.
Нумерация бланков медицинских свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации.
Для продолжения оформления нужно выбрать случай лечения пациента, путём нажатия на кнопку выбора (рисунок 3). В открывшемся окне «Документы: Регистрация медицинских карт» в поле «Поиск по № карты, Ф.И.О. или № полиса:» внести какие-либо данные пациента и нажать на клавиатуре кнопку «Enter». Из появившегося списка следует выбрать необходимый вариант.

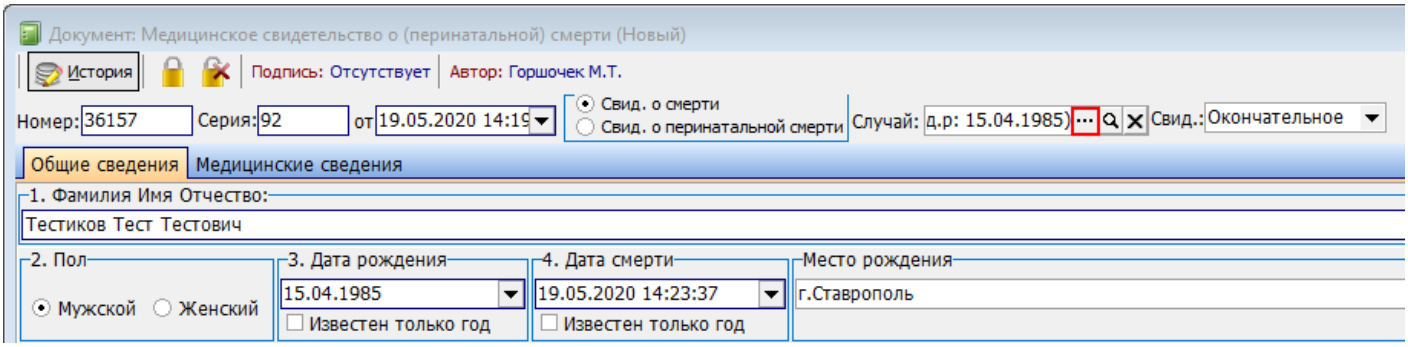


Рисунок 3.

Также следует указать вид свидетельства: для этого нужно нажать на кнопку с треугольником и выбрать нужный вид из выпадающего списка: окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (рисунок 4).

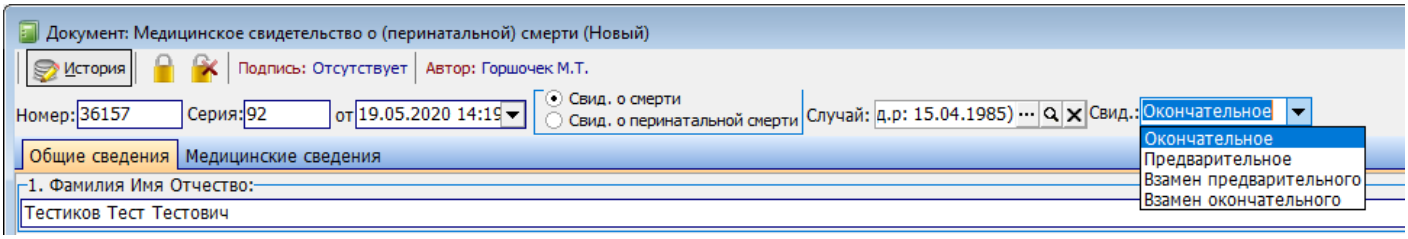


Рисунок 4.

Заполнению подлежат все пункты медицинского свидетельства. В случае, если заполнение того или иного пункта медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись «неизвестно», «не установлено» или ставится прочерк.
Далее следует указать дату выдачи свидетельства в формате «число, месяц, год» и сделать отметку о характере заполняемого свидетельства: «окончательное», «предварительное»,

«взамен предварительного» или «взамен окончательного».
Свидетельство с отметкой «предварительное» выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования. Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного свидетельства.
После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти врач-патологоанатом или судебно-медицинский эксперт оформляет новое свидетельство «взамен предварительного» или «взамен окончательного».

В случае, если было выдано свидетельство с отметкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое свидетельство «взамен окончательного».
При выдаче свидетельства «взамен предварительного» или «взамен окончательного» ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего свидетельства.
Свидетельства «взамен предварительного» и «взамен окончательного» используются для статистической разработки причин смерти.
На вкладке «Общие сведения» при оформлении свидетельства о смерти необходимо заполнить:
- фамилия, имя, отчество пациента - (выбирается из базы данных ЛПУ путём нажатия на кнопку выбора; если пациент отсутствует в базе, то на него не будет создан электронный медицинский документ и в РЭМД он выгружен так же не будет);
- пол пациента (заполняется автоматически из карты пациента);
- дата рождения (если в карте пациента указаны эти данные, дата рождения заполнится автоматически);
- дата смерти;
- место рождения пациента (заполняется автоматически);
- место постоянного жительства (регистрации) и местность (также заполняется автоматически из карты пациента);
- место смерти и местность (по умолчанию заполняется адрес учреждения, в рамках которого заполняется свидетельство о смерти);
- место наступления смерти;
- семейное положение;
-образование (заполняется со слов родственников; при их отсутствии ставится прочерк или указывается «неизвестно»);
- трудовую занятость;
- причину смерти (в случае несчастного случая, убийства, самоубийства, военных или террористически действий, неустановленном роде смерти необходимо указать дату травмы или отравления, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма или отравление; данный пункт может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в

постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения);
- в случае смерти в результате ДТП требуется указать, когда наступила смерть; если пациент умер не в случае ДТП, то необходимо отметить «смерть произошла не в случае ДТП».
При оформлении свидетельства о смерти ребёнка (от 7 дней жизни) обязательными к заполнению являются следующие пункты:
- степень доношенности ребёнка, умершего в возрасте от 168 часов до 1 месяца;
- в разделе для детей, умерших от 168 часов до 1 месяца следует заполнить данные о весе ребёнка, каким по счёту был ребёнок, данные матери (Ф.И.О., дата рождения и её возраст);
- в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов (рисунок 5).

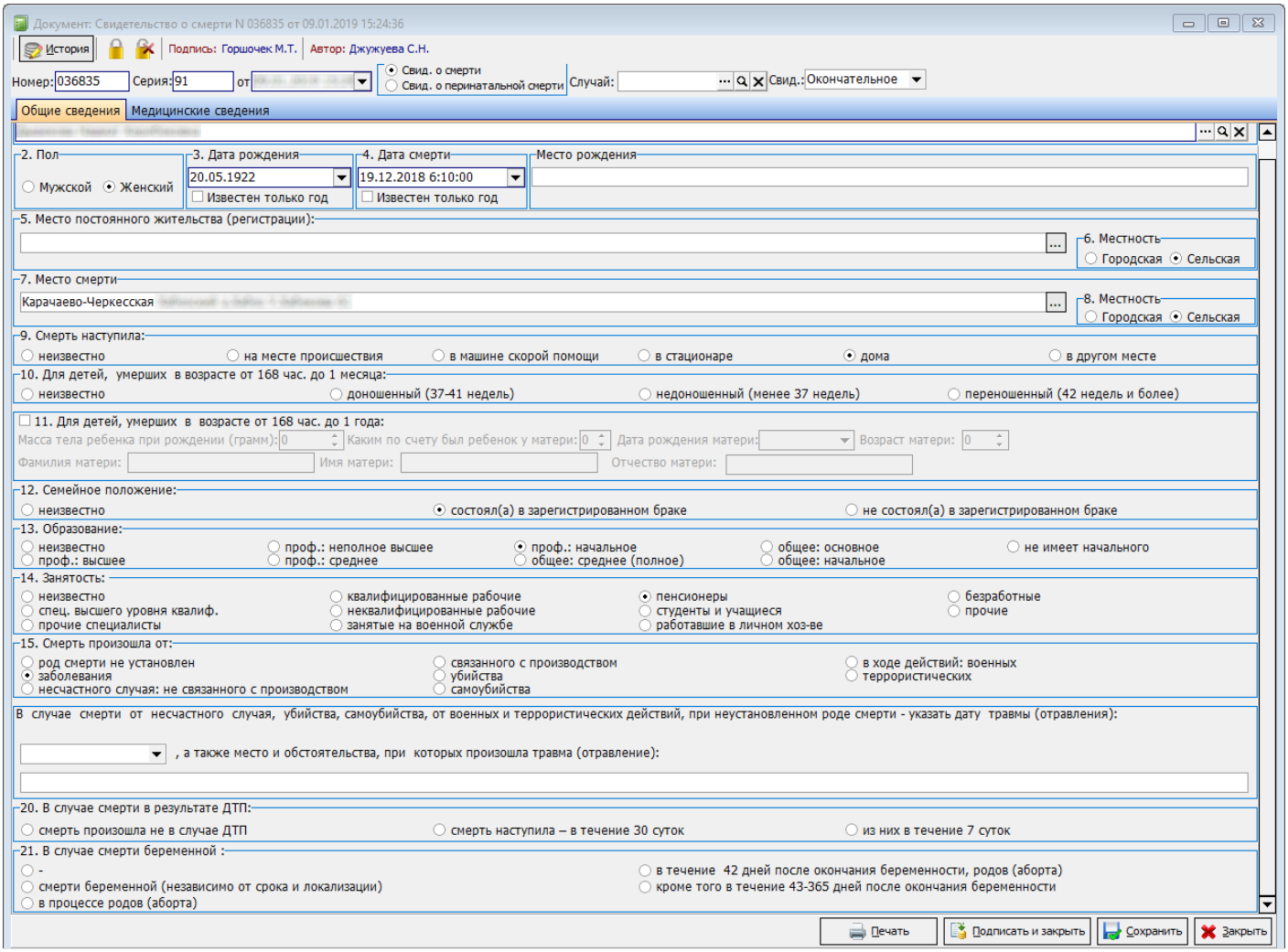


Рисунок 5.

После заполнения вкладки «Общие сведения» необходимо перейти на вкладку «Медицинские сведения», где следует указать:

- кем установлена причина смерти (патологоанатомом, судебно-медицинским экспертом, лечащим врачом и т.д.);
- на каком основании установлена причина смерти (вскрытия, осмотра трупа, записей в медицинской документации и пр.);
- причины смерти.
Из заключительного клинического диагноза выбирается одна первоначальная причина смерти. Первоначальной причиной смерти являются: болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти; обстоятельства
несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму вместе с её осложнениями указывается в следующем порядке:

- непосредственная причина (которая привела к смерти);
- промежуточная причина (которая стала причиной возникновения причины, приведшей к смерти);
- первоначальная причина (формулировка основного заболевания, осложнения которого указаны в пунктах выше);
- внешняя причина при травмах (отравлениях) (заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления);
- прочие важные состояния, способствовавшие смерти (те прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть, утяжелили основное заболевание и ускорили смерть. В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний неограниченно.

Не рекомендуется включать в медицинское свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших. 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. При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

Государственная статистика материнской смертности основывается на свидетельствах, заполненных на умершую беременную, роженицу, родильницу. Согласно рекомендациям МКБ-10:
- материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с

беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины;
- поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43-365 дней после окончания беременности;
- смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.
Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:
- смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами - это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин;
- смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

Затем необходимо заполнить нижние блоки, включающие в себя следующую информацию:

- сведения о лице, составившем свидетельство (подставляется автоматически автор документа, при необходимости можно выбрать из списка иное лицо);
- сведения о лице, проверившим свидетельство (также автоматически вносятся данные автора документа или можно выбрать из списка);
- руководитель (подписывается главным врачом (его заместителем, дежурным администратором или уполномоченным приказом главного врача ЛПУ заведующим патологоанатомическим отделением ЛПУ), указывается их фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью; по умолчанию подставляются данные главного врача);
- раздел о получатели медицинского свидетельства о смерти (Ф.И.О., кем приходится умершему, тип документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем выдан и дату выдачи) (рисунок 6).

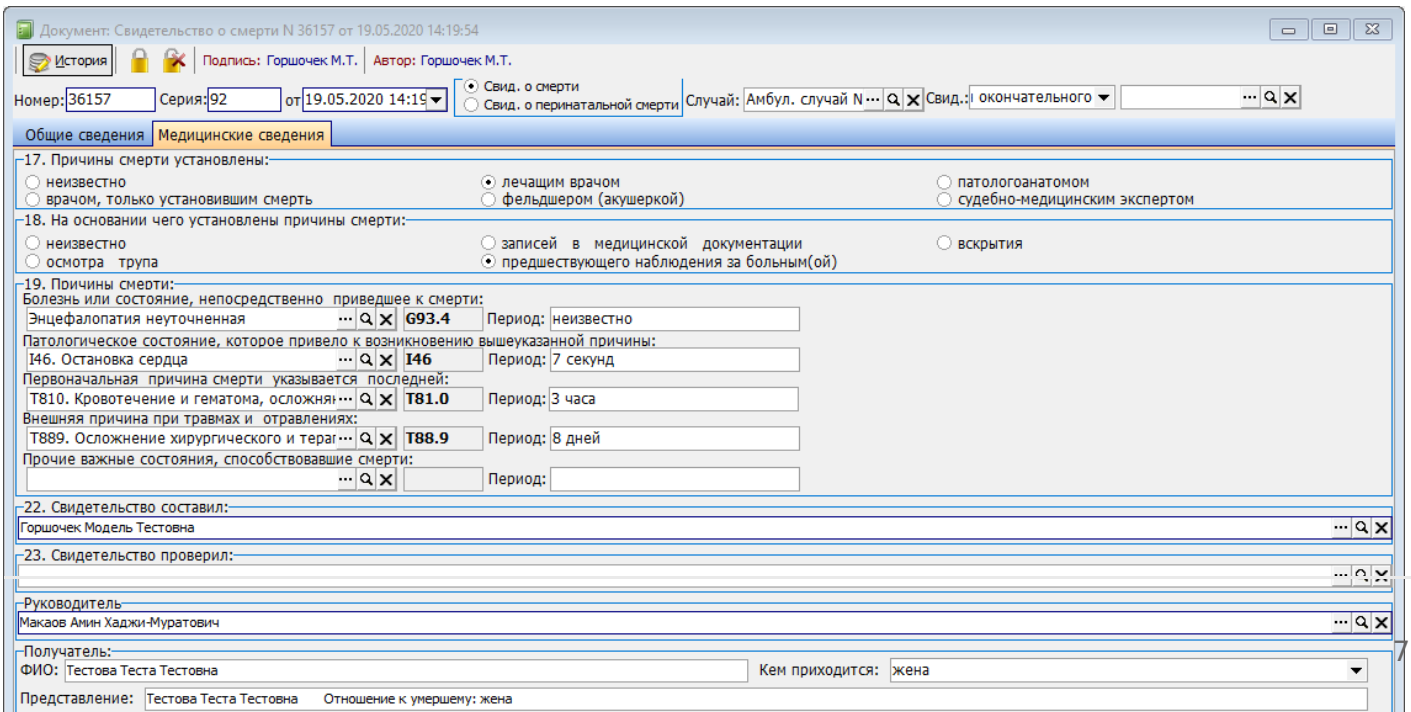


Рисунок 6.

Свидетельство выдается супругу(-е), близким родственникам, а при их отсутствии - иным родственникам, законному представителю умершего или иному лицу, взявшим на себя организацию погребения в случае отсутствия членов семьи и близких родственников умершего, при предъявлении ими паспорта; свидетельство выдается не позднее одних суток после патологоанатомического вскрытия или после установления причины смерти - оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось (в соответствии с Федеральным законом «О погребении и похоронном деле»). В случае смерти в ЛПУ выдача трупа без свидетельства запрещается (за исключением передачи трупа на патологоанатомическое вскрытие в патологоанатомическое отделение другого ЛПУ, на судебно-медицинскую экспертизу). После заполнения документа, его следует подписать, нажав на кнопку «Подписать и закрыть». Откроется окно «Документ: Электронный документ с ЭЦП» (рисунок 7). В данном окне следует нажать на кнопку «Подписать ЭЦП и закрыть». Затем документ подписывает главный врач медицинского учреждения.

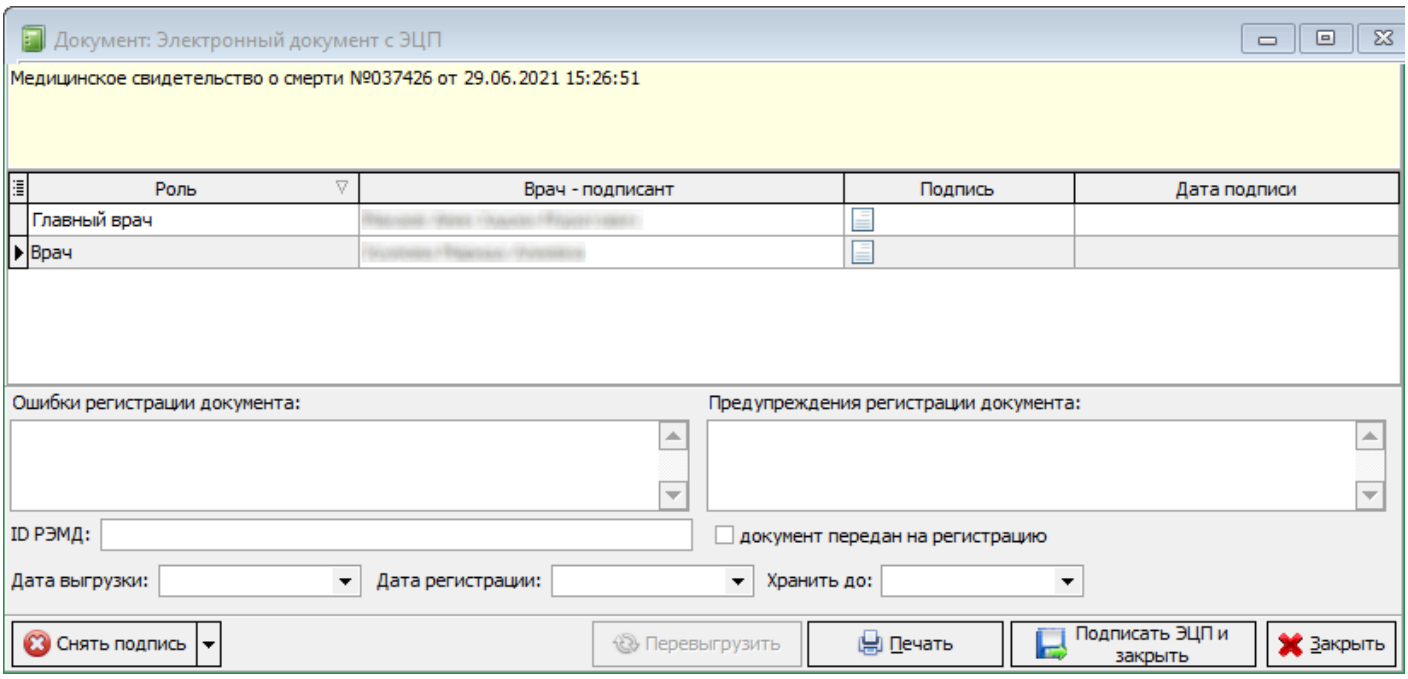


Рисунок 7.

После подписания документа будет автоматически сформирован подписанный ЭЦП XML-файл, необходимый для выгрузки в РЭМД.

Пока будет вестись работа с документом и он не будет подписан сотрудником, вверху свидетельства, будет висеть предупреждение - "Внимание: Документ не подписан ЭЦП (рисунок 8).

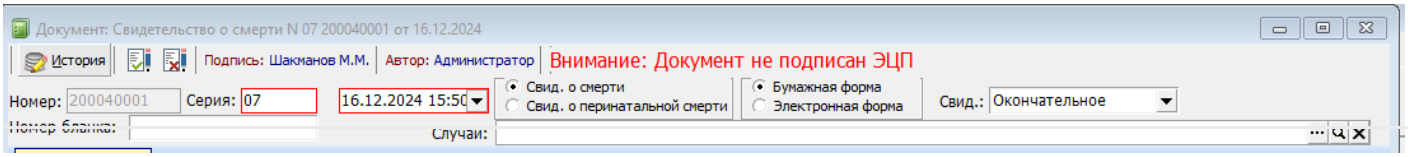


Рисунок 8.

Проверить свидетельства на наличие подписей можно в журнале "Медицинские свидетельства о смерти", в колонке - "Статус РЭМД" (рисунок 9).

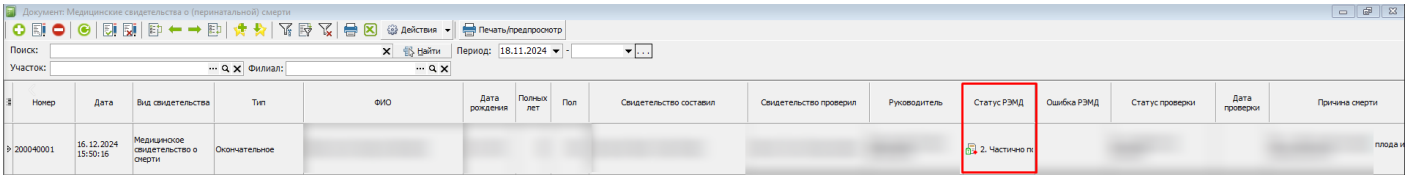


Рисунок 9.

Revision #4
Created 5 April 2024 12:28:20 by Гладкова Ирина
Updated 18 December 2024 13:18:08 by Серенко Роман
1 9
