

Центрального органу виконавчої влади, органу місцевого
 управління, органу місцевої влади, органу місцевого
 управління яких перебуває заклад
 Тернопільська обласна лікарня
 відповідальні особи якого заповнили
 ЦРБ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
 Форма первинної облікової документації
 № 106/о
 ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ МОЗ України
 08. 08. 2006 № 545

Лікарське свідоцтво про смерть № 45

(остаточне, попередне, замість попереднього № _____, замість остаточного № _____)
 (видається для реєстрації в органах реєстрації актів цивільного стану)
 «04» червня 2008р.
 (дата видачі)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого Валерій Степанович Курасин

2. Стать: чол.-1, жін.-2 (підкреслити).
 3. Дата народження: рік 1964 місяць лютий число 10

4. Дата смерті: рік 2008 місяць червень число 30

5. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 місяця:
 доношений - 1, недоношений - 2 (підкреслити)
 6. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 року:
 а) маса (вага) при народженні _____ г,
 б) зріст при народженні _____ см.

7. Місце проживання померлого:
 Держава Россія, республіка, область Саратовська
 район _____, місто, смт. - 1, село - 2 (підкреслити) Александр
 вул. Таша миса, буд. №, кв. 55

8. Місце смерті:
 а) держава Україна, республіка, область Черкаська
 район _____, населений пункт с. Корсине
 (вписати)

б) смерть настала: у стаціонарі - 1, вдома - 2, в іншому місці - 3 (підкреслити)
ЦРБ
 (вписати, де)

----- лінія відрізу -----

Довідка про причину смерті № 45

(до форми № 106/о № _____, видається для поховання)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого Валерій Степанович Курасин

2. Вік померлого 1964 ро/о в 3. Дата смерті "30" червня 2008р.
 (число, місяць, рік)

4. Причина смерті Техічно-хемічна серцева діяльність
Синдром
 (основна причина смерті)

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який видав довідку Дрозд С.І

04 червня 2008р.
 (дата видачі)

М.П. _____ (підпис лікаря)

9. Смерть настала внаслідок: захворювання - 1, неуточненої причини смерті - 2, нещасного випадку поза виробництвом - 3, нещасного випадку у зв'язку з виробництвом - 4, навмисного самоушкодження - 5, напад з метою убивства чи нанесення ушкодження - 6, випадків ушкодження з невизначеним наміром - 7, ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій - 8, ускладнення внаслідок терапічної та хірургічної допомоги - 9, віддалених наслідків зовнішніх причин захворюваності та смертності - 10 (підкреслити).

10. Причина смерті встановлена: лікарем, який тільки встановив смерть, - 1, лікарем, який лікував померлого - 2, патологоанатомом - 3, судово-медичним експертом - 4 (підкреслити)

11. Я, лікар Дружє Р. ? (прізвище, ім'я, по батькові)

посада патологоанатома

12. Свідчую, що на підставі: огляду трупа - 1, записів лікаря в медичній документації - 2, попереднього огляду за хворим - 3, розтину - 4 (підкреслити) мною визначена послідовність патологічних процесів (станів), які призвели до смерті та встановлена така причина смерті:

I. Хвороба (патологічні стани), що призвела до смерті:

- а) Печінково-жовто-ниркова недостатність безпосередня причина смерті
- б) Воспалення серцевого м'яза
- в) Судинна недостатність
- г) _____
- д) _____

Приблизний час між початком захворювання і смертю

(б, в, г - захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останню чергу)

II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові підкреслити), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів _____

12. У випадках смерті від травми, отруєння та дії зовнішніх чинників:

а) дата травми (отруєння): рік _____, місяць _____, число _____;

б) місце й обставини, при яких відбулася травма (отруєння) _____

13. Якщо померлий (а) відноситься до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зазначити категорію _____ серію _____ посвідчення (вписати).

Овощинський А. В.
(прізвище, ім'я, по батькові одержувача)
84 серія 20 08

Підпис лікаря, який заповнив свідоцтво

