

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ, МОЛОДІ І СПОРТУ УКРАЇНИ  
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

**АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ  
ПОСМЕРТНОЇ ДІАГНОСТИКИ  
В ПРАКТИЦІ  
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*Навчально-методичний посібник*

Ужгород  
2012

## З М І С Т

У даному посібнику висвітлено основні питання посмертної діагностики дорослого населення, номенклатуру діагнозу, основні особливості оформлення документації, що засвідчує причини смерті. Довідник може бути використаний як для роботи лікарів загальної практики та інших спеціальностей, такі у педагогічній роботі вищих навчальних закладів для оптимізації підготовки лікарів різних фахів.

### Автори:

*Чопей І.В., Шніцер Р.І., Колесник П.О., Брич В.Д., Чемет О.А.,  
Довганич Ю.Є., Іваньо Н.В.*

### Рецензенти:

*Рогач І.М. – доктор медичних наук,  
зав. кафедрою управління охорони здоров'я,  
ФПО УжНУ*

*Затверджено  
на засіданні методичної комісії протокол  
№ 5 від 20.10.2011 та засіданні  
Вченої ради ФПО УжНУ протокол № 5 від 20.10.2011*

© Чопей І.В., Шніцер Р.І.,  
Колесник П.О., Брич В.Д.,  
Чемет О.А., Довганич Ю.Є.,  
Іваньо Н.В., 2012

### 1. ПОРЯДОК КОНСТАТАЦІЇ СМЕРТІ ПОМЕРЛИХ ВДОМА ТА УТРИМАННЯ ЇХ ТІЛ

<b>У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	4
1. Загальні положення .....	4
2. Констатація смерті померлих вдома .....	4
3. Патологоанатомічний розтин померлих вдома .....	7
4. Видача лікарських (фельдшерських) свідоцтв про смерть померлих вдома .....	7
5. Судово-медичний діагноз і його запис у пункті II лікарського свідоцтва про смерть .....	
6. Утримання тіл померлих вдома до поховання .....	10

### 2. КОДУВАННЯ ПРИЧИН СМЕРТІ. МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ, ЯКА ЗАСВІДЧУЄ ВИПАДКИ СМЕРТІ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

.....	11
Вступ .....	11
Порядок видачі лікарського свідоцтва про смерть .....	13
Порядок заповнення лікарського свідоцтва про смерть .....	14
Особливі випадки при видачі лікарського свідоцтва про смерть .....	18
Приклади заповнення лікарських свідоцтв про смерть по нозологічних формах .....	20

<b>3. РОЗДІЛ САМОКОНТРОЛЮ</b> .....	51
3.1. СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ .....	51
3.2. ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ .....	54

<b>4. ДОДАТКИ</b> .....	63
-------------------------	----

<b>4. СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	71
--	----

## **ПОРЯДОК КОНСТАТАЦІЇ СМЕРТІ ПОМЕРЛИХ ВДОМА ТА УТРИМАННЯ ЇХ ТІЛ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1.1. Порядок констатації смерті померлих вдома та утримання їх тіл у закладах охорони здоров'я (далі - Порядок) розроблений з метою правового врегулювання питань констатації смерті померлих вдома та утримання тіл цих померлих до поховання у закладах охорони здоров'я відповідно до абзацу 5 статті 14, статті 72 Закону України від 19.11.1992 № 28801-ХІІ "Основи законодавства України про охорону здоров'я", підпункту 37 пункту 4, пункту 7 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.11.2006 № 1542, з метою правового врегулювання питань констатації смерті померлих вдома та утримання їх тіл у закладах охорони здоров'я до поховання.

### **2. КОНСТАТАЦІЯ СМЕРТІ ПОМЕРЛИХ ВДОМА**

2.1. Констатацію смерті померлих вдома здійснюють:

- медичний працівник пункту (відділення) невідкладної медичної допомоги амбулаторно-поліклінічного закладу при виклику бригади або медичний працівник бригади швидкої медичної допомоги;
- лікуючий лікар (дільничний терапевт, педіатр, лікар загальної практики - сімейної медицини) або фельдшер при відвідуванні пацієнта вдома або виклику (насамперед у сільській місцевості).

2.2. У разі констатації смерті лікуючим лікарем (або фельдшером), медичним працівником пункту (відділення) невідкладної медичної допомоги амбулаторно-поліклінічного закладу або медичним працівником бригади швидкої медичної допомоги; вони зобов'язані одразу поінформувати амбулаторно-поліклінічний заклад, до якого померлий був закріплений.

У вищезазначених закладах повинні бути реєстраційні журнали за формою, затвердженою наказом МОЗ України, які мають містити інформацію про дату, час, місце знаходження трупу, прізвище, ім'я, по-батькові померлого, прізвище, ім'я, по-батькові медичного працівника, який констатував смерть, прізвище, ім'я, по-батькові родичів (або близьких) померлого, які були присутні при констатації смерті, попередню причину смерті, місце подальшого знаходження трупу (вдома, направлення до патологоанатомічного відділення закладу охорони здоров'я (патологоанатомічного бюро), судово-медичної експертизи), наявність ознак насильницької смерті.

У разі не попередження цих закладів, медичний працівник, який констатував смерть, несе дисциплінарну відповідальність.

2.3. Медичний працівник, який констатував смерть, оформлює Акт констатації смерті та виключає ознаки насильницької смерті.

Акт констатації смерті заповнюється у 2-х примірниках: один додається до амбулаторної карти померлого; другий видається на руки родичам (або близьким) померлого.

У будь-якому разі Акт констатації смерті має супроводжувати померлого до Закладів навіть за умов відсутності необхідності проведення патологоанатомічного розтину та наявності заяви родичів на утримання трупу у холодильниках.

Якщо смерть настала від механічних ушкоджень, отруєння, механічної асфіксії, дії крайніх температур, електрики, після штучного аборту, проведеного поза закладу охорони здоров'я, насильницьких дій за умов, коли є свідчення про можливість однієї з цих причин смерті, медичний працівник, який констатував смерть, інформує про це амбулаторно-поліклінічний заклад, до якого померлий був закріплений, для подальшого направлення померлого на судово-медичний розтин, а також органи прокуратури та міліцію.

2.4. Доставку померлих вдома до Закладів проводиться спеціальним санітарним автотранспортом.

2.5. Медична документація на померлих з подальшим направленням на розтин доставляється разом з трупом (при її наявності) або в екстреному порядку передається амбулаторно-поліклінічним закладом, до якого померлий був закріплений.

До медичної документації відноситься амбулаторна карта з поглибленим епікризом, із визначенням основного клінічного діагнозу, ускладнень, супутньої патології та основної причини смерті.

Тіло померлого вдома приймається до Закладу при наявності заяви родичів (або близьких померлого) та Акту констатації смерті, в якому має бути зазначено, що ознак насильницької смерті не виявлено.

2.6. Усі випадки смерті дітей віком до 1-го року та вагітних вдома без виключення направляються на судово-медичну експертизу з обов'язковою присутністю обласного дитячого або дорослого патологоанатома.

2.7. До тіла померлого прикріплюється бірка з вказівкою місця та дати смерті, прізвища, імені, по-батькові померлого, його року народження, основне захворювання заключного клінічного діагнозу, прізвища, імені, по-батькові медичного працівника, який констатував смерть.

2.8. Реєстрація прийому тіл померлих у Зкладах здійснюється шляхом внесення даних до реєстраційного журналу за формою, затвердженою МОЗ, який має містити інформацію про дату, час прийому трупу померлого вдома, прізвище, ім'я, по-батькові померлого, прізвище, ім'я, по-батькові медичного працівника або родичів (близьких) померлого, якими було доставлено труп померлого до Закладу, наявність Акту констатації смерті з обов'язковим визначенням відсутності ознак насильницької смерті, амбулаторної карти померлого, заяви родичів (близьких) померлого.

### 3. ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИЙ РОЗТИН ПОМЕРЛИХ ВДОМА

3.1. Патологоанатомічний розтин тіл померлих вдома у разі відсутності ознак насильницької смерті та підозри на неї призначається у таких випадках:

- смерть вдома без обмеження віку за умов відсутності амбулаторного спостереження і амбулаторної картки;
- раптова смерть вдома хворих до 60 років з неясним генезом смерті за умов динамічного спостереження в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу з підозрою на гостру ішемічну хворобу, цереброваскулярну патологію, новоутворення, гостре захворювання органів дихання, наявності амбулаторної картки.

3.2. Спірні питання щодо розтину трупів вирішує головний позаштатний спеціаліст регіонального органу охорони здоров'я зі спеціальності "Патологічна анатомія".

### 4. ВИДАЧА ЛІКАРСЬКИХ (ФЕЛЬДШЕРСЬКИХ) СВДОЦТВ ПРО СМЕРТЬ ПОМЕРЛИХ ВДОМА

4.1. Лікарське свідоцтво про смерть померлих вдома видається:

- лікуючим лікарем амбулаторно-поліклінічного закладу, до якого був прикріплений померлий;
- закладом охорони здоров'я, у складі якого функціонує патологоанатомічне відділення;
- патологоанатомічним бюро;
- бюро судово-медичної експертизи.

*У разі, якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруєнь тощо), після штучного аборту, проведеного поза межами медичного закладу, смерті на виробництві, при раптовій смерті дітей першого року життя та інших осіб, які не перебували під медичним наглядом, померлих, особа яких не встановлена, а також у тих випадках, коли є підозра на насильницьку смерть, лікарське свідоцтво про смерть видається судово-медичним експертом після розтину.*

У закладах охорони здоров'я, в яких працюють не менше двох лікарів, видаються тільки лікарські свідоцтва про смерть (форма №106/о).

У сільських закладах охорони здоров'я, де працює тільки один лікар, у разі його відсутності, фельдшером видається фельдшерська довідка про смерть (форма №106-1/о). Забороняється фельдшерам видавати лікарське свідоцтво про смерть (форму №106/о).

У випадках смерті дітей у віці 0-6 діб та мертвонародження закладами охорони здоров'я заповнюються лікарські свідоцтва про перинатальну смерть (форма №106-2/о). Лікарське свідоцтво про смерть у цих випадках не видається.

Перший примірник лікарського свідоцтва про смерть видається родичам померлого чи іншим особам, які зобов'язалися поховати померлого, другий примірник лікарського свідоцтва про смерть залишається у закладі охорони здоров'я. **Видача трупа без лікарського свідоцтва про смерть забороняється.** У разі поховання померлого закладом охорони здоров'я, останній обов'язково заповнює лікарське свідоцтво про смерть і передає його до органів реєстрації актів цивільного стану не пізніше трьох діб з дня смерті.

Лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем закладу охорони здоров'я, який лікував померлого, на підставі динамічних спостережень за хворим і записів у медичній документації, які відображали стан хворого до його смерті та акту констатації смерті (якщо смерть констатована не особисто) або лікарем патологоанатомом на підставі вивчення медичної документації і результату розтину.

Забороняється видача лікарського свідоцтва про смерть заочно, без встановлення лікарем факту смерті.

Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я забезпечує контроль за достовірністю заповнення лікарських свідоцтв про смерть, своєчасну їх видачу родичам померлого та особам, які мають право на його отримання, передачу його в органи реєстрації актів цивільного стану у випадках поховання померлого закладом охорони здоров'я.

**Довідку про причину смерті** заповнює лікар і видає родичам померлого чи іншим особам для поховання. Вона заповнюється в одно-

му примірнику. Номери довідки про причину смерті і лікарського свідоцтва про смерть мають бути ідентичними. Довідка завіряється круглою печаткою закладу.

**Фельдшерська довідка про смерть** видається на підставі медичної документації, яка відображає стан хворого до його смерті та акту констатації смерті, якщо немає підозри на насильницьку смерть і причина смерті може бути встановлена точно.

- Забороняється видача фельдшерської довідки про смерть заочно, без особистого встановлення фельдшером (акушеркою) факту смерті.
- При отриманні фельдшерської довідки про смерть особа, яка звернулася до закладу охорони здоров'я за документом, повинна поставити свій особистий підпис на обох примірниках довідки. Довідка засвідчується печаткою закладу.
- При підозрі насильницької смерті або у випадках, коли смерть настала від механічної асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, після штучного аборт, проведеного за межами медичного закладу, при раптовій смерті дітей, які не перебували під медичним наглядом, а також на померлих, особистість яких не встановлена, фельдшерська довідка про смерть не видається.
- За кожним таким випадком фельдшер повинен терміново повідомити заклад охорони здоров'я, у підпорядкуванні якого перебуває фельдшерський (фельдшерсько-акушерський) пункт.
- У цих випадках обов'язково проводиться патолого-анатомічний розтин або судово-медична експертиза, після чого видається лікарське свідоцтво про смерть закладом охорони здоров'я.
- Одночасно при видачі фельдшерської довідки про смерть фельдшер заповнює довідку про причину смерті в одному примірнику і видає родичам померлого, чи іншим особам для поховання. Довідка засвідчується печаткою закладу.

*Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть* (його дата, номер, причина смерті) повинен бути зроблений у відповідних медичних документах:

- Протоколі/карті патолого-анатомічного дослідження (форма №013/о), затверженому наказом МОЗ України від 26.07.1999 №184 "Про затвердження форм облікової медичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів";
- медичній карті амбулаторного хворого (форма №025/о), затвердженій наказом МОЗ України від 27.12.1999 №302 "Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)";
- Акті судово-медичного дослідження (обстеження) (форма №171/о), затверженому наказом МОЗ України від 05.08.1999 №197 "Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в закладах охорони здоров'я".

## **6. УТРИМАННЯ ТІЛ ПОМЕРЛИХ ВДОМА У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО ПОХОВАННЯ**

Утримання тіл померлих вдома до поховання здійснюється у таких випадках:

- у разі необхідності проведення патологоанатомічного розтину, за особистим бажанням родичів та близьких померлого (за їх заявою),
- при деяких інших медичних та соціальних аспектах (наявність у помешканні дітей, хворих; наявність виділень з природних отворів тіла людини та операційних розрізів; особливості мікроклімату в приміщенні, за яких прискорюються процеси аутолізу)
- у разі необхідності проведення судово-медичної експертизи - бюро судово-медичної експертизи.

## **КОДУВАННЯ ПРИЧИН СМЕРТІ**

### **ВСТУП**

Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ) є основним інструментом інформації про здоров'я населення та діяльності установ охорони здоров'я. Вона забезпечує методичну єдність і співставлення результатів вивчення захворюваності населення, причин смерті як у межах країни, так і між країнами.

У теперішній час діє Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних із здоров'ям (МКХ-10), виданий ВООЗ із січня 1993 року (в Україні введено в дію в закладах охорони здоров'я з 01. 01. 1999 р.).

Статистика причин смерті є одним із основних джерел медичної інформації, яка дозволяє отримати найбільш точні дані щодо здоров'я населення. За рішенням Всесвітньої Організації охорони здоров'я у лікарському свідоцтві про причину смерті повинні реєструватися всі ті хвороби, патологічні стани або травми, які призвели до смерті або сприяли її настанню.

Статистика причин смерті оснований на концепції першопричини, тобто на виборі хвороби або травми, яка зумовила ланцюг патологічних процесів, що призвели до її смерті. Це зумовлено тим, що з точки зору запобігання смерті, найбільш ефективною мірою є вплив на першопричину, запобігти проявити свою дію й перервати ланцюг патологічних процесів, що призводять до смерті.

Медичний працівник, який заповнює лікарське свідоцтво про смерть, зобов'язаний на підставі результатів розтину (якщо він був проведений) та медичної документації («Карти стаціонарного хворого», «Карти амбулаторного хворого») визначити хворобу або стан,

який безпосередньо призвів до смерті і, проаналізувавши ланцюг хворобливих процесів, які викликали цей летальний стан, виділити першопричину цього ланцюга подій, що призвели до смерті, тобто визначити першопричину смерті.

Необхідність повторного вибору основної причини смерті у випадках неправильного заповнення свідоцтва не тільки утруднює роботу статистики, але й вносить багатого суб'єктивного в статистику смертності, тому що тільки медичний працівник, який заповнює свідоцтво, має дані, які дозволяють визначити, яке ж із захворювань, що були у померлого, зіграло основну роль у виникненні ланцюга хворобливих процесів, що призвели до смерті.

301.01.2007. року в Україні прийнята **нова форма первинної облікової документації – лікарського свідоцтва про смерть – форма № 106/0** (згідно наказу МОЗ України № 545 від 08.08.2006. р. (див. Додаток 2). Лікарське свідоцтво про смерть є обов'язковим до заповнення лікарями всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності, бюро судово-медичної експертизи, патолого-анатомічних бюро.

Для забезпечення реєстрації смерті в органах реєстрації актів цивільного стану закладом охорони здоров'я видається лікарське свідоцтво про смерть (форма № 106-0).(див. Додаток 1)

Лікарське свідоцтво про смерть видається лікувально-профілактичними закладами, патолого-анатомічними бюро та бюро судово-медичної експертизи.

У містах, селищах міського типу, населених пунктах сільської місцевості в закладах охорони здоров'я, у яких працюють не менше двох лікарів, видаються тільки лікарські свідоцтва про смерть. У сільських населених пунктах у закладах охорони здоров'я, де працює тільки один лікар, у разі його відсутності (хвороба, відпустка і таке інше), фельдшером видається фельдшерська довідка про смерть (форма № 106-1/0) (див. Додаток 2).

## ПОРЯДОК ВИДАЧІ ЛІКАРСЬКОГО СВІДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ

Перший примірник лікарського свідоцтва про смерть видається родичам померлого чи іншим особам, які забов'язалися поховати померлого, другий примірник лікарського свідоцтва про смерть залишається в закладі охорони здоров'я.

Видача трупа без лікарського свідоцтва про смерть забороняється. У разі поховання померлого закладом охорони здоров'я – останній обов'язково заповнює 'лікарське свідоцтво про смерть' і передає його в органи реєстрації актів цивільного стану не пізніше трьох діб з дня смерті.

Неправильно заповнені примірники лікарських свідоцтв про смерть закреслюються із записом «анульовано» і залишаються у закладі охорони здоров'я.

Лікар, який відповідає за якість заповнення лікарських свідоцтв про смерть у разі, якщо виявив помилки, зобов'язаний:

- а) уточнити розбіжності з лікарем, який видав лікарське свідоцтво про смерть за первинною медичною документацією, забезпечити правильне заповнення лікарського свідоцтва про смерть. У цьому випадку видається лікарське свідоцтво про смерть (замість остаточного №), перший примірник якого направляється у відповідні органи статистики, другий примірник залишається у закладі охорони здоров'я;
- б) забезпечити розгляд неправильно заповнених лікарських свідоцтв про смерть на лікарських конференціях, нарадах.

Лікар, який відповідає за перевірку, не має права самостійно вносити зміни та доповнення в лікарське свідоцтво про смерть.

Патологоанатом, як правило, видає лікарське свідоцтво про смерть на підставі розтину трупів.

Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я забезпечує контроль за достовірністю заповнення лікарських свідоцтв про смерть, своєчасну їх видачу родичам померлого та особам, які мають право на його отримання, передачу його в органи реєстрації актів цивільного випадках поховання померлого закладом охорони здоров'я.

## ПОРЯДОК ЗАПОВНЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО СВІДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ

- Лікарське свідоцтво про смерть заповнюється у двох примірниках формату А4 з обох боків.
- При заповненні бланка підпорядкування медичного закладу зазначається у відповідності до відомчої підпорядкованості.
- У верхньому кутку штампа обов'язково проставляється ідентифікаційний код ЄДРПОУ закладу охорони здоров'я.
- Лікарські свідоцтва про смерть нумеруються шляхом зазначення порядкового номера свідоцтва. Номери на обох примірниках свідоцтва мають бути ідентичними.
- Заповнення лікарського свідоцтва про смерть проводиться шляхом підкреслювання, вписання необхідних відомостей та заповнення вічок необхідними позначеннями.
- У пункті 7 лікарського свідоцтва про смерть указується місце постійного проживання померлого відповідно до паспортних даних або довідки про реєстрацію місця проживання чи місця перебування. У разі її відсутності потрібно зазначити: «невідомо». Не можна вказувати місце тимчасового проживання померлого або місце знаходження медичного закладу.
- Лікарське свідоцтво про смерть заповнюється кульковою ручкою розбірливим почерком. Запис в обох примірниках має бути повністю ідентичним.
- Заповненню підлягають усі пункти лікарського свідоцтва про смерть. При відсутності тих чи інших відомостей потрібно зазначити: «невідомо», «не встановлено».
- У пункті 11 лікар вказує свої прізвище, ім'я, по-батькові, посаду і зазначає підставу, яка дає змогу визначити послідовність патологічних процесів, які призвели до смерті, і вказує причину смерті.
- Основною (первинною) причиною смерті потрібно вважати хворобу або травму, що призвела до розвитку хворобливих процесів, які спричинили смерть, або наслідки нещасного випадку чи насильства, що стали причиною смерті.

*У верхньому рядку а) частини II зазначається хворобливий стан,*

*який безпосередньо призвів до смерті. У рядках, заповнених нижче: б), в) - по одному в кожному рядку*

*- патологічі стани (якщо такі мають місце), які призвели до виникнення безпосередньої причини смерті.*

*Первинна причина смерті повинна бути показана в цьому вертикальному ряду останньою.*

*Приклад :*

*Заключний клінічний (або патологоанатомічний) діагноз:*

*Основне захворювання: цукровий діабет, тип II (інсулінонезалежний), декомпенсований.*

*Ускладнення: волога гангрена правої стопи, сепсис.*

*Супутнє захворювання: хронічний двобічний калькульозний пієлонефрит в стадії ремісії.*

*Лікарське свідоцтво про смерть:*

I. а) Сепсис.

б) Волога гангрена правої стопи.

в) Цукровий діабет, тип II-E11.5.

г) \_\_\_\_\_.

II. Хронічний двобічний калькульозний пієлонефрит.

*Кодується рубрикою E11.5 " Інсулінозалежний цукровий діабет з діабетичною гангrenoю".*

- У кожному рядку повинно бути записано тільки одне захворювання або патологічний стан.
- У деяких випадках основне захворювання і безпосередня причина смерті можуть збігатися.
  - о За правилами статистики, при розробці причин смерті, враховується стан, який записаний в останньому рядку частини I свідоцтва, але тільки в тому разі, якщо він зміг призвести до виникнення всіх станів, записаних у рядку вище («Загальний принцип»), в тому разі, якщо лікарське свідоцтво заповнено правильно.

о Часто померлий мав «букет» різних хвороб. І хоча вони в значній мірі могли вплинути на смерть, але для їх реєстрації призначена II частина свідоцтва. Цілком неприпустимо вказувати їх у першій частині лікарського свідоцтва, тому що це може змусити особу, яка займається контролем заповнення свідоцтва, самостійно зробити вибір первинної (основної) причини смерті для статистичної розробки.

- Зазначення приблизного інтервалу (хвилини, години, тижні, місяці або роки) між початком захворювання та смертю допомагає лікареві правильно вибрати код причини смерті.
- У частині II свідоцтва записуються інші суттєві стани або захворювання, які сприяли настанню смерті, але не були пов'язані із хворобою чи станом, що безпосередньо призвели до смерті. У цьому пункті потрібно вказати дату операції, інфаркту міокарда, інсульту, термін вагітності, якщо такі мали місце.
- Код за МКХ-10 у квадратику ліворуч на лікарському свідоцтві про смерть проставляє той лікар, який безпосередньо заповнює свідоцтво.
- При записі захворювання не можна допускати неточностей, обмежуватись загальними виразами або зазначенням симптомів замість повного діагнозу, а також використовувати аббревіатуру, скорочення тощо. Потрібно вказати форму, стадію, локалізацію захворювання.
- Свідоцтво засвідчується круглою печаткою закладу охорони здоров'я тільки після того, як воно було перевірено відповідальним лікарем, про що він робить запис у вищезазначених медичних документах.

Найбільше число помилок при заповненні лікарського свідоцтва про смерть припадає на випадки, коли основне захворювання подається комбінацією нозологічних одиниць:

- конкуруючими захворюваннями;
- поєднаними захворюваннями;
- основним та фоновим захворюваннями.

Із двох конкуруючих або поєднаних захворювань лікар на свій розсуд повинен вибрати одну нозологічну одиницю, яку вносить в якості основної причини смерті в першу частину свідоцтва. У процесі такого вибору перевага віддається:

1) нозологічній одиниці, дію якої у танатогенезі визнано основною або яка теоретично має більш високу можливість призвести до смерті;

2) нозологічній одиниці, яка в силу тих чи інших епідеміологічних причин має першорядне значення;

3) коли пріоритет однієї з нозологій не встановлено в пп.. 1) і 2) - перевага віддається тій, яка виставлена першою в клінічному або патологоанатомічному діагнозі.

Друге з конкуруючих захворювань, а також фонове захворювання при його наявності зазначається тільки у другій частині свідоцтва (ця інформація необхідна для спеціальних поглиблених досліджень смертності).

При такому заповненні лікарського свідоцтва про смерть труднощів у виборі коду для статистичної розробки даних про смерть не виникає.

*Приклад :*

*Конкуруючі захворювання.*

Основне (комбіноване) захворювання:

1) Ішемічна хвороба серця: гострий трансмуральний інфаркт міокарда передньобічної стінки лівого шлуночка (дата). Стенозуючий атеросклероз коронарних артерій.

2) Ішемічний інфаркт лобної частини головного мозку. Стенозуючий атеросклероз артерій головного мозку.

Ускладнення: Порушення кровообігу III ст. (чи у патологоанатомічному діагнозі - гостре загальне повнокров'я внутрішніх органів). Набряк легенів.

Супутнє захворювання: Хронічний калькульозний холецистит у стадії ремісії.

*Приклад:*

Лікарське свідоцтво про смерть:

I. а) Набряк легенів.

б) Гостре загальне повнокров'я внутрішніх органів .

в) Ішемічна хвороба серця: гострий трансмуральний інфаркт міокарда, передньобічної стінки лівого шлуночка (дата). - I21.0.

г) \_\_\_\_\_.

II. Ішемічний інфаркт лобної частки головного мозку.

У даному прикладі гострий трансмуральний інфаркт міокарда лікар вибрав як першопричину смерті у зв'язку з тим, що, на його думку, саме інфаркт міокарда відіграв основну роль у танатогенезі. В інших випадках провідна роль у настанні смерті може бути віддана ішемічному інфаркту головного мозку, якщо він в танатогенезі був визнаний лікарем або патологоанатомом.

### ОСОБЛИВІ ВИПАДКИ ПРИ ВИДАЧІ ЛІКАРСЬКОГО СВІДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ

- У разі загублення лікарського свідоцтва про смерть видається свідоцтво з поміткою «дублікат» на підставі письмової заяви особи, яка отримала оригінал, або іншої особи, яка зобов'язалася поховати померлого. Дублікат заповнюється у двох примірниках, номери яких повинні бути ідентичними. Перший примірник дубліката видається родичам померлого або особі, яка зобов'язалася поховати померлого, другий примірник разом із заявою про його отримання залишається в закладі охорони здоров'я.

- Лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем медичного закладу, що лікував померлого, на підставі спостережень за хворим і записів у медичній документації, які відображали стан хворого до його смерті, або патологоанатомом на підставі вивчення медичної документації і результату розтину.

- У разі, якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруєнь тощо), після штучного аборт, проведеного поза межами медичного закладу, смерті на виробництві, при раптовій смерті дітей першого року життя та інших осіб, які не перебували під медичним наглядом померлих, особа яких не встановлена, а також у тих випадках, коли є підозра на насильницьку смерть, лікарське свідоцтво про смерть видається судово – медичним експертом після розтину.

- Забороняється видача лікарського свідоцтва про смерть заочно, без особистого встановлення лікарем факту смерті. У виняткових випадках свідоцтво про смерть може бути видано лікарем, який встановив смерть тільки на підставі огляду трупа (при відсутності ознак або підозри на насильницьку смерть) та даних медичної документації про наявність у померлого при житті хвороб, які в своєму перебігу могли призвести до настання смерті.

- Лікарське свідоцтво про смерть видається обов'язково з поміткою «остаточне», «попереднє», «замість попереднього», «замість остаточного».

Лікарське свідоцтво про смерть з поміткою «попереднє» видається в тих випадках, коли для встановлення чи уточнення причини смерті потрібно провести додаткові дослідження. Після уточнення причини смерті заповнюється нове лікарське свідоцтво з поміткою «замість попереднього» теж у двох примірниках, номери яких мають бути ідентичними, перший примірник якого пересилається закладом охорони здоров'я безпосередньо у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення «попереднього» лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладах охорони здоров'я.

Якщо було видано лікарське свідоцтво про смерть поміткою «остаточне» та була виявлена помилка в записі діагнозу, необхідно заповнити нове лікарське свідоцтво у двох примірниках «замість остаточного лікарського свідоцтва про смерть № - », перший примірник якого заклади охорони здоров'я направляють у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення «остаточного» лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладі охорони здоров'я.

• На підставі письмової заяви дозволяється видача другого примірника лікарського свідоцтва про смерть, яке було заповнено з поміткою «замість попереднього», родичам померлого в разі звернення їх у заклади охорони здоров'я протягом одного року після його смерті, якщо були додаткові дослідження для уточнення причин смерті. В інших випадках повторно лікарське свідоцтво про смерть родичам не видається.

### ПРИКЛАДИ ЗАПОВНЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ СВІДОЦТВ ПРО СМЕРТЬ ПО НОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ

**Приклад 1:** До пульмонологічного відділення поступила хвора, 61-го року, у стані астматичного статусу. Страждає екзогенною астмою, яку викликає контакт із барвниками, це і стало причиною розвитку астматичного статусу. Крім цього, діагностовано гіпертонічну хворобу із застійною серцевою недостатністю.

Бронхопневмонія. В анамнезі хронічний холецистит.

Незважаючи на терапевтичну допомогу, не вдалося зняти астматичний стан. У хворой виникла тотальна обструкція бронхів, дихальна недостатність, кома.

*Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06) (заповнено правильно)*

- I. а) Респіраторна кома.
- б) Астматичний стан з тотальною обструкцією бронхів.
- в) Екзогенна астма (алергічна) –J46.
- г) \_\_\_\_\_.
- II. Гіпертензивна хвороба із застійною серцевою недостатністю. Код першопричини - J46.

У цьому випадку, хвороба, яка вказана у рядку "в", правильно казується як першопричина (основна причина) смерті. Екзогенна

астма ускладнилася астматичним статусом з тотальною обструкцією бронхів, що спричинило безпосередню причину смерті - кому. Причина смерті кодується - J46 (Астма з астматичним статусом).

*Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06) (заповнено неправильно)*

- I. а) Кома.
- б) Гіпертонічна хвороба. Застійна серцева недостатність - I11.0.
- в) Астматичний статус. Обструкція бронхів.
- г) \_\_\_\_\_.
- II. Хронічний холецистит.

Лікар, який заповнив таке свідоцтво, згодом, був упевнений, що у будь-якому випадку діагноз, що вказаний у рядку "в", буде вважатися першопричиною смерті. Проте, таке свідоцтво заповнене неправильно, через те, що екзогенна астма не могла привести до розвитку гіпертензивної хвороби і статистик може провести повторний вибір основної причини смерті. При цьому він може використати інші правила МКХ-10. Цей запис може бути прочитаний таким чином: кома є наслідком гіпертензивної хвороби із застійною серцевою недостатністю. Таким чином, для кодування буде помилково використаний код I11.0. (Гіпертензивна хвороба з переважним ураженням серця з серцевою недостатністю).

#### **Приклад 2:**

Заключний клінічний (або патологоанатомічний) діагноз:

Основне захворювання: цукровий діабет, тип II (інсулінонезалежний), декомпенсований.

Ускладнення: волога гангрена правої стопи, сепсис.

Супутнє захворювання: хронічний двобічний калькульозний пієлонефрит в стадії ремісії.

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Сепсис.  
 б) Волога гангрена правої стопи.  
 в) Цукровий діабет, тип II - E11.5.  
 г) \_\_\_\_\_.

II. Хронічний двобічний калькульозний пілонефрит. Кодується рубрикою E11.5 "Інсулінозалежний цукровий діабет з діабетичною гангrenoю".

**Приклад 3:**

Поєднані захворювання.

Основне (комбіноване) захворювання:

1) Ішемічна хвороба серця: повторний трансмуральний нижньобічний інфаркт міокарда (дата). Стенозуючий атеросклероз коронарних артерій.

2) Виразкова хвороба шлунка у стадії загострення: пенетруюча виразка в ділянці передньої стінки пілоричного відділу шлунка.

Ускладнення: Гостре загальне повнокров'я внутрішніх органів.

Набряк легенів і головного мозку.

Супутні захворювання: Атеросклероз аорти.

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Набряк легенів і головного мозку.  
 б) Гостре загальне повнокров'я внутрішніх органів.  
 в) Ішемічна хвороба серця: повторний нижньобічний інфаркт міокарда - I22.1.  
 г) \_\_\_\_\_.

II. Хронічна пенетруюча виразка шлунка. Атеросклероз аорти.

**Приклад 4:**

Основне і фонове захворювання.

Основне (комбіноване) захворювання:

1) Субарахноїдальний крововилив у область лобної доли головного мозку.

2) Атеросклероз артерій головного мозку.  
 Фонове захворювання: Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба. Нефросклероз.

Ускладнення: Дислокація стовбура головного мозку. Застійна серцева недостатність. Порушення кровообігу III ст. Хронічна ниркова недостатність.

Супутні захворювання: Ішемічна хвороба серця: атеросклероз коронарних артерій.

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Дислокація стовбура головного мозку.  
 б) Субарахноїдальний крововилив у область лобної доли головного мозку - I60.1.  
 в) \_\_\_\_\_.  
 г) \_\_\_\_\_.

II. Гіпертензивна хвороба з переважним ураженням серця і нирок. Ішемічна хвороба серця: атеросклероз коронарних артерій.

**Приклад 5:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Набряк головного мозку.  
 б) Уремія.  
 в) Гіпертензивна хвороба з переважним ураженням серця і нирок - I13.2.  
 г) \_\_\_\_\_.
- II. Атеросклероз аорти.

Оскільки статистика смертності заснована на концепції першопричини, діагноз "**Вторинна гіпертензія (I15)**" не може бути розцінений лікарем як першопричина смерті і відповідно бути використаним для кодування, навіть якщо смерть настала від її важкої декомпенсованої форми. Кодуванню підлягає причина, що викликала розвиток вторинної артеріальної гіпертензії (наприклад, хронічний гломерулонефрит або інше захворювання).

Рубрику R54 "**Старість**" можна використовувати для кодування основної причини смерті лише в тому разі, якщо в лікарському свідоцтві про смерть (z1152-06) відсутні вказівки на наявність якогось-небудь іншого стану або захворювання, яке могло би бути віднесене до будь-якого класу МКХ, крім XVIII, а вік померлого перевищував 80 років.

**Приклад 6:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Дегенерація (дистрофія) міокарда-I51.5.  
 б) Старість  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

Кодують як основну причину смерті "Дегенерацію (дистрофію) міокарда" I51.5.

Для кодування випадків смерті в результаті втручання, упущень, неправильного лікування або ланцюга подій, що виникли від будь-якої з перерахованих причин, використовуються відповідні коди, що входять до блоків рубрик XIX і XX класів: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84.

**Приклад 7:**

Основне захворювання: Несумісність перелитої іншогрупної крові після оперативного втручання з приводу гострої перфоративної виразки шлунка.

Ускладнення: Посттрансфузійний токсичний шок, анурія. Гостра ниркова недостатність.

Супутні захворювання: Анемія.

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Посттрансфузійний токсичний шок.  
 б) Реакція АВО - несумісності - T80.3.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) Несумісність перелитої крові - Y65.0.

II. Оперативне втручання з приводу перфоративної виразки шлунка (дата). Анемія.

Першопричина смерті кодується двома кодами, оскільки причина смерті відноситься до XX класу.

**ДОДАТКОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРИКЛАДИ КОДУВАННЯ ПРИЧИНИ СМЕРТІ, ЯКІ ВІДНОСЯТЬСЯ ДО ОКРЕМИХ КЛАСІВ ХВОРОБ**

**Клас I**

Коди A40. - "**Стрептококова септицемія**", A41 - "**Інші септицемії**", A46. - "**Бешиха**" можуть використовуватися для кодування першопричини смерті у тих випадках, коли вони супроводжують поверхневі травми (будь-які стани, які відносяться до рубрик S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0) або опіки 1-го ступеня, якщо вони супроводжують більш серйозні травми, кодують зовнішні причини цих травм (клас XX) і характер травми (клас XIX).

"Сепсис післяпологовий" кодують рубрикою O85.

"Пупковий сепсис" кодують P38 та "**Бактеріальний сепсис новонародженого, НКІР**" кодують P36.-.

**Клас II**

Дані про **смертність від злоякісних новоутворень** є одним з джерел достовірної інформації про стан здоров'я населення. При виборі першопричини смерті онкологічних хворих необхідно встановити локалізацію первинної пухлини (єдиною або, якщо

є, декількох), визначити локалізацію метастазів. Код метастатичного новоутворення ніколи не може бути використаний як основна причина смерті, навіть якщо первинне новоутворення було раніше видалене хірургічним шляхом, а приводом для подальшої госпіталізації і лікування, що закінчилося летальним наслідком, послужило метастатичне новоутворення.

**Приклад 8:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Бронхопневмонія.
  - б) Метастатичний рак легенів.
  - в) Рак сліпої кишки - C18.0.
  - г) \_\_\_\_\_.
  - II. \_\_\_\_\_.
- Кодується злоякісне новоутворення сліпої кишки (C18.0).

Якщо немає можливості встановити локалізацію первинного новоутворення, кодують новоутворення неуточної локалізації C80.

У осіб старечого віку (80 років і старше), що мали злоякісне новоутворення, неприпустимо використовувати діагноз "Старість" (R54).

У ряді випадків онкологічна патологія може вважатися за суттєве захворювання, через відсутність її участі в танатогенезі.

**Приклад 9:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Фібриляція і тріпотіння шлуночків.
  - б) Гострий ревматичний міокардит - I01.2.
  - в) \_\_\_\_\_.
  - г) \_\_\_\_\_.
  - II. Злоякісна меланома області правого кульшового суглоба.
- Код першопричини смерті I01.2.

Якщо онкологічний хворий отримав травму, постраждав від отруєння або дії інших наслідків зовнішніх причин (клас XIX), як першопричину смерті вибирають обставину, яка призвела до виникнення цього стану (клас XX).

**Приклад 10:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Внутрішньочерепний крововилив.
  - б) Перелом основи черепа. - S02.1.
  - в) \_\_\_\_\_.
  - г) Водій легкового автомобіля постраждав при зіткненні з пасажирським автобусом - V44.5.
  - II. Рак шлунка, що метастазує в головний мозок.
- Кодують відповідну дорожньо-транспортну пригоду - V44.5-S02.1.

За наявності двох і більше пухлин, що не входять до групи злоякісних новоутворень лімфатичної, кровотворної і споріднених з ними тканин (C81-C96), для статистичної розробки вибирається код злоякісного новоутворення самостійних (первинних) множинних локалізацій (C97).

У разі смерті вагітної, роділлі, породіллі, яка мала в анамнезі злоякісне новоутворення, від причин пов'язаних з патологією вагітності або акушерськими ускладненнями кодуються ці стани.

**Приклад 11:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Геморагічний шок.
  - б) Кровотеча в третьому періоді пологів - O72.0.
  - в) \_\_\_\_\_.
  - г) \_\_\_\_\_.
  - II. Рак молочної залози, вагітність 40 тижнів.
- Кодується смерть від кровотечі в третьому періоді пологів - O72.0.

### **Клас V**

Якщо причиною смерті є *алкоголізм* (документально підтверджений), то у лікарському свідоцтві про смерть (z1152-06) кодується варіант алкоголізма відповідно до МКХ-10. При цьому необхідно пам'ятати, що коду F10.2 віддається перевага перед кодами F10.0 та F10.5.

Якщо у лікарському свідоцтві про смерть (z1152-06), крім вказівки на хронічний алкоголізм (F10.2), є згадки про такі стани, як "Абстинентний стан із делірієм" (біла гарячка), "Амнестичний синдром", "Резидуальні і відстрочені психічні розлади" (алкогольна деменція, хронічний алкогольний церебральний синдром), у цьому випадку код F10.2 замінюють на коди F10.4, F10.6 і F10.7 відповідно.

Якщо у лікарському свідоцтві про смерть (z1152-06) вказано, що смерть була обумовлена ураженням печінки у хворого на алкоголізм ("Алкогольна хвороба печінки" - K70.-), саме ця нозологічна одиниця кодується як основна причина смерті.

Якщо причиною смерті є наркоманія, пріоритети вибору четвертого знаку для кодів, які її ідентифікують, аналогічні вищезгаданім. Якщо причиною смерті пацієнта, який страждав на наркоманію, став сепсис, що виник як наслідок самостійної ін'єкції психоактивної речовини, причина смерті кодується - F11.1.

### **Клас IX**

Більшість випадків смерті обумовлена *хворобами системи кровообігу*. В структурі смертності вони на 1-ому місці і складають більше 60%.

**Есенціальна (первинна) гіпертензія** - I10 не може бути основною причиною смерті і в лікарському свідоцтві про смерть (z1152-06) її вказують лише у II частині свідоцтва як супутнє або фонове захворювання при наявності нозологій із групи ішемічної хвороби серця (I20-I25) або цереброваскулярних хвороб (I60-I69). У цьому випадку основна причина смерті кодується рубриками I20-I25 або I60-I69.

**Гіпертензивна хвороба**, яка ідентифікується кодами I11.-, I12.-, I13.-, як було вказано вище, може бути основною причиною смерті

і вписується в I частині лікарського свідоцтва про смерть (z1152-06) і кодується, але в тому випадку, якщо немає вказівок на наявність у померлого ішемічної хвороби серця (I20-I25) або цереброваскулярної хвороби (I60-I69).

#### **Приклад 12:**

Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06):

- I. а) Набряк головного мозку.
  - б) Уремія.
  - в) Гіпертензивна хвороба з ураженням серця і нирок I13.2.
  - г) \_\_\_\_\_.
  - II. Атеросклероз аорти.
- Код основної причини смерті I13.2.

#### **Приклад 13:**

Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06):

- I. а) Хронічна серцево-судинна недостатність III ст., двосторонній гідроторакс, асцит, гідроперикард.
  - б) Гіпертензивна хвороба з переважним ураженням серця - I11.0.
  - в) \_\_\_\_\_.
  - г) \_\_\_\_\_.
  - II. Атеросклероз аорти.
- Код основної причини смерті I11.0

**"Раптова серцева смерть"** кодується рубрикою - I46.1. Проте, якщо такий діагноз встановлений хворому ішемічною хворобою серця, тоді код основної причини смерті буде - I24.8 (гостра коронарна недостатність).

### **Клас X**

*Вогнищева пневмонія* або *bronхоневмонія* переважно є ускладненням будь-якого захворювання і тому може кодуватися тільки в тому випадку, якщо зазначена як першопричина смерті. Частіше це має місце у педіатричній практиці.

*Крупозна пневмонія* може бути представлена як першопричина смерті, кодуватися рубрикою J18.1, якщо розтин не проводився. Якщо проводили патологоанатомічне дослідження, її слід кодувати як бактеріальну пневмонію за результатами проведеного бактеріологічного (бактеріоскопічного) дослідження, у відповідності з кодом МКХ-10, який передбачений для виявленого збудника.

*Хронічний обструктивний бронхіт*, який ускладнився пневмонією, кодується рубрикою J44.0.

**Приклад 14:**

Основне захворювання: Хронічне неспецифічне захворювання легенів: хронічний обструктивний гнійний бронхіт у стадії загострення. Дифузний пневмосклероз. Емфізема легенів. Вогнищева пневмонія (локалізація).

Ускладнення: набряк легенів та головного мозку.

Супутне захворювання: Хронічна ішемічна хвороба серця: дифузний дрібновогнищевий кардіосклероз.

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Вогнищева пневмонія.
- б) Хронічний обструктивний бронхіт - J44.0.
- в) \_\_\_\_\_.
- г) \_\_\_\_\_.

II. Хронічна ішемічна хвороба серця: дифузний дрібновогнищевий кардіосклероз.

Код першопричини смерті - J44.0 "Хронічна обструктивна легенева хвороба з гострою респіраторною інфекцією нижніх дихальних шляхів.

*Абсцес легені з пневмонією* кодується рубрикою J85.1 тільки у тому випадку, якщо не уточнено який збудник, використовують відповідний з кодів J10-J16.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО КОДУВАННЮ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ**

Коли первинна локалізація злоякісного новоутворення не уточнена, не треба присвоювати йому код на підставі локалізації інших, вказаних у свідоцтві станів (перфорація, непрохідність або кровотеча і тому подібне), які можуть виникати в ділянках тіла, не пов'язаних з локалізацією новоутворення.

**Приклад 15:**

Лікарське свідоцтво про смерть( z1152-06 ):

- I. а) Непрохідність тонкої кишки.
- б) Рак - C80.
- в) \_\_\_\_\_.
- г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.  
Кодують злоякісне новоутворення без уточнення локалізації - C80.

Якщо у свідоцтві про смерть є запис "первинна локалізація невідома", але уточнений морфологічний тип пухлини, новоутворення відносять до рубрики "новоутворення не уточненої локалізації" для морфологічного типу, що розглядається. Наприклад, фібросаркому кодують підрубрикою C49.9, остеосаркому - C41.9.

Групу злоякісних новоутворень лімфоїдної, кровотворної і споріднених з ними тканин (C81-C96), в рамках якої одна форма злоякісності може переходити в іншу (наприклад, лейкоз може слідувати за Неходжкінською лімфомою), кодують відповідно до загального принципу.

Злоякісні новоутворення, описані як одна "або" інша локалізація, слід кодувати рубрикою, яка охоплює обидві локалізації. Якщо не існує такої рубрики, кодують новоутворення не уточненої локалізації даного морфологічного типу.

Якщо є згадка про дві суміжні підлокалізації в одній і тій самій локалізації (за відсутності відмінностей у гістологічній будові), кодують підрубрикою з четвертим знаком .8 даної тризначної рубрики.

**Приклад 16:**

Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06):

- I. а) Рак нисхідної ободової кишки і сигмоподібної кишки. C18.8.  
 б) \_\_\_\_\_  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_

Кодують ураження товстої кишки, локалізація, яких частково збігається - C18.8.

Якщо є згадка про дві суміжні локалізації, що класифікуються різними тризначними рубриками в рамках однієї і тієї ж системи органів (за відсутності відмінностей в гістологічній будові), кодують підрубрикою з четвертим знаком .8, відповідній даній загальній системі органів.

**Приклад 17:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Рак піхви і шийки матки - C57.8.  
 б) \_\_\_\_\_  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_

Кодують злоякісне новоутворення жіночих статевих органів, локалізація яких частково збігається - C57.8.

Якщо підлокалізації не є суміжними (за відсутності відмінностей в гістологічній будові), кодують підрубрикою з четвертим знаком .9 даної тризначної рубрики.

Якщо в свідоцтві вказано дві локалізації і обидві відносяться до однієї і тієї ж системи органів і до одного і того ж морфологічного типу, кодують підрубрикою з четвертим знаком .9 даної системи органів, як вказано в наступному переліку:

- C26.9 - не уточнених ділянок травної системи  
 C39.9 - не уточнених ділянок системи дихання  
 C41.9 - кістки та суглобового хряща, не уточнене  
 C49.9 - сполучною і м'яких тканин, не уточнене  
 C57.9 - жіночих статевих органів, не уточнене  
 C63.9 - чоловічого статевих органа, не уточнене  
 C68.9 - сечового органа, не уточнене  
 C72.9 - центральної нервової системи, не уточнене.

**Приклад 18:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Легенева емболія.  
 б) Рак шлунка.  
 в) Рак жовчного міхура.  
 г) \_\_\_\_\_

Кодують злоякісне новоутворення не уточнених ділянок травної системи - C26.9.

**ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПУХЛИН**

Якщо вказана первинна локалізація злоякісного новоутворення, слід вибрати її незалежно від того місця, яке вона займає у лікарському свідоцтві про смерть ( z1152-06 ) і зазначена вона в I або II частині (за винятком причини смерті при травмі чи вагітності).

**Приклад 19:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Метастази в головний мозок.  
 б) Рак молочної залози - C50.9.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_

Лікарське свідоцтво заповнене правильно, кодують "Злоякісне новоутворення молочної залози, не уточнене" (C50.9).

**Приклад 20:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Нефректомія.  
 б) Світлоклітинний рак нирки - C64.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

Кодують світлоклітинний рак нирки (C64). Немає сумніву у тому, що нефректомія була зроблена з приводу злоякісної пухлини нирки.

**Приклад 21:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I а) Інфаркт легенів.  
 б) Рак легенів - C34.9.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_

II. Лівобічна пневмоектомія, яка зроблена 3 тижні тому.

Кодують рак бронхів або легенів, неуточнене (C34.9).

**Приклад 22:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Легенево-серцева недостатність.  
 б) Двобічна пневмонія.  
 в) Спайкова непрохідність тонких кишок.  
 г) \_\_\_\_\_

II. Рак стравоходу.

Лікарське свідоцтво заповнено неправильно.

Кодується рак стравоходу, неуточнене (C15.9)

**Приклад 23:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Бронхопневмонія  
 б) Вторинна анемія і хронічний лімфолейкоз - C91.1.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

Кодують хронічний лімфоцитарний лейкоз (C91.1).

Бронхопневмонію і вторинну анемію треба розглядати як прямий наслідок хронічного лімфолейкозу.

**Приклад 24:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Фібросаркома м'яких тканин нижньої кінцівки - C49.2.  
 б) \_\_\_\_\_  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

Кодують злоякісне новоутворення сполучної та м'яких тканин нижньої кінцівки, включаючи кульшова ділянку (стегно) (C49.2).

**Приклад 25:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Остеосаркома пальця руки - C40.1.  
 б) \_\_\_\_\_  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

Кодують злоякісні новоутворення коротких кісток верхньої кінцівки (C40.1).

**Приклад 26:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

I. а) Метастатичний рак шлунка.

б) Рак жовчного міхура - C23.

в) \_\_\_\_\_.

г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.

Вибирають злоякісне новоутворення жовчного міхура - (C23).

**Приклад 27:**

Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06):

I. а) Метастатичний рак шлунка.

б) Метастатичний рак легенів.

в) \_\_\_\_\_.

г) \_\_\_\_\_.

II. Рак товстої кишки.

Кодують злоякісне новоутворення товстої кишки, неуточнене (C18.9), тому що це єдиний діагноз, який не визнано як метастатичний, хоча він записаний у частині II свідоцтва.

**ПЕРВИННА ЛОКАЛІЗАЦІЯ ЗЛОЯКІСНОГО  
НОВОУТВОРЕННЯ НЕВІДОМА**

Якщо первинна локалізація злоякісного новоутворення не уточнена, не треба присвоювати йому код за локалізацією інших, зазначених у свідоцтві, станів (перфорація, непрохідність або крововилив тощо), які можуть виникати у пацієнта, але можуть бути не пов'язані з локалізацією пухлини.

**Приклад 28:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

I. а) Непрохідність тонкої кишки.

б) Рак - C80.

в) \_\_\_\_\_.

г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.

Кодують злоякісне новоутворення, без уточнення локалізації - C80.

Якщо у лікарському свідоцтві про смерть (z1152-06) немає вказівок на локалізацію первинного пухлинного процесу, але вказані локалізації, зазначені як метастатичні, то кодується злоякісне новоутворення неуточненої локалізації.

**Приклад 29:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

I. а) Метастатичний рак передміхурової залози.

б) Метастатичний рак шкіри - C80.

в) \_\_\_\_\_.

г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.

Кодують злоякісне новоутворення без уточнення локалізації - C80, тому що обидва вказані злоякісні новоутворення є наслідком поширення злоякісного новоутворення невідомої первинної локалізації, яке необхідно було би вписувати у свідоцтво про смерть в рядок "в".

**Приклад 30:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Метастази рака у печінку.  
 б) Первинна локалізація пухлини невідома - C80.  
 в) \_\_\_\_\_.  
 г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.  
 Кодують злоякісне новоутворення без уточнення локалізації - (C80).

**ПЕРВИННА ЛОКАЛІЗАЦІЯ ЗЛОЯКІСНОГО НОВОУТВОРЕННЯ НЕ ВКАЗАНА, АЛЕ ВІДОМИЙ МОРФОЛОГІЧНИЙ ТИП ПУХЛИНИ**

Якщо у свідоцтві про смерть у будь-якому місці є запис "Первинна локалізація невідома", але уточнено морфологічний тип пухлини, новоутворення відносять до рубрики "Новоутворення неуточненої локалізації" для зазначеного морфологічного типу.

Наприклад, фібросаркому кодують підрубрикою C49.9, остеосаркому - C41.9 незалежно від локалізації.

**Приклад 31:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Генералізовані метастази меланому шкіри.  
 б) Первинна локалізація невідома - C43.9.  
 в) \_\_\_\_\_.  
 г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.  
 Вибирають "Меланому шкіри неуточненої локалізації" - (C43.9).

**Приклад 32:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Метастатична саркома легені.  
 б) Остеогенна саркома - C41.9.  
 в) \_\_\_\_\_.  
 г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.  
 Кодують "Злоякісне новоутворення кісток неуточненої локалізації" - (C41.9).

**САМОСТІЙНІ (ПЕРВИННІ) МНОЖИННІ НОВОУТВОРЕННЯ**

При посилянні у лікарському свідоцтві про смерть (z1152-06) на самостійний (первинний) множинний характер злоякісних новоутворень, використовується код C97.

При наявності двох чи більше пухлин, які не входять в групу злоякісних новоутворень лімфатичної, кровотворної і споріднених їм тканин (C81-C96) - для статистичної розробки вибирається код злоякісних новоутворень самостійних (первинних) множинних локалізацій (C97).

**Приклад 33:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Ракова інтоксикація.  
 б) Рак шлунка.  
 в) Рак шкіри губи.  
 г) \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_.  
 Кодують злоякісні новоутворення самостійних (первинних)множинних локалізацій - (C97).

**Приклад 34:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Рак молочної залози  
 б) Рак in situ шийки матки.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_

Групу злоякісних новоутворень лімфатичної, кровотворної та споріднених їм тканин (С81-С96), в межах якої одна форма злоякісності може переходити в іншу (наприклад, лейкоз може бути наслідком Неходжкінської лімфоми), кодують у відповідності до загального принципу. Загострення або бластний криз при хронічному лейкозі необхідно кодувати під рубрикою, до якої відноситься хронічна форма хвороби.

**Приклад 35:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Гострий лімфолейкоз.  
 б) Неходжкінська лімфома - С85.9.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_

Кодують Неходжкінська лімфома, неуточненого типу - С85.9.

Увідповідності до загальнопринципу вибору, дана послідовність станів прийнятна.

Саркому Капоші, пухлину Беркітта та будь-яке злоякісне новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин необхідно розглядати як прямий наслідок хвороби, обумовленої ВІЛ-інфекцією, якщо у свідоцтві про смерть є згадка про вищезазначені новоутворення. Таке припущення не слід робити відносно інших типів злоякісних новоутворень.

**Приклад 36:**

Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06):

- I. а) Саркома Капоші.  
 б) Хвороба, обумовлена ВІЛ-інфекцією - В21.0.  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_

Кодують хвороба, зумовлена ВІЛ, з проявами саркоми Капоші В21.0).

**Приклад 37:**

Лікарське свідоцтво про смерть (z1152-06):

- I а) Лімфогранулематоз - В21.3.  
 б) \_\_\_\_\_  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_  
 II. Хвороба, обумовлена ВІЛ-інфекцією.

Злоякісні новоутворення та інфекційні хвороби

Внаслідок застосування при лікуванні злоякісних новоутворень спеціальних методів, які впливають на імунну систему, зростає ризик смерті хворих від інфекційних захворювань.

Будь-яке інфекційне захворювання, яке відноситься до рубрик А00-В19, В25-В64, може розглядатись як наслідок злоякісного новоутворення і буде зазначатись в рядках а) або б) І частини лікарського свідоцтва про смерть.

**Приклад 38:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

- I. а) Вітряна віспа.  
 б) \_\_\_\_\_  
 в) \_\_\_\_\_  
 г) \_\_\_\_\_

II. Загострення хронічного лімфолейкозу.  
 Кодують хронічний лімфоцитарний лейкоз (С91.1).

**Приклад 39:**

Лікарське свідоцтво про смерть ( z1152-06 ):

I. а) Грип - J10.1.

б) \_\_\_\_\_.

в) \_\_\_\_\_.

г) \_\_\_\_\_.

II. Рак молочної залози, стан після комбінованого лікування, без рецидивів і метастазів.

Кодують грип (J10.1), тому що у даному випадку вірусна інфекція не є наслідком злоякісного новоутворення.

**ОФОРМЛЕННЯ ПРИЧИН СМЕРТІ  
ПРИ ІНШИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ**

**Туберкульоз**

- а) Легенево-серцева недостатність.
- б) Легеневе серце.
- в) Посттуберкульозний пневмосклероз. (Код B90.9)
  
- а) Уремія.
- б) Полікавернозний туберкульоз нирок. (Код A18.1)
  
- а) Уремія.
- б) Амліодоз нирок.
- в) Туберкульозний спондиліт. (Код A18.0)
- а) Легенево-серцева недостатність.
- б) Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. (Код A15.2)
  
- а) Хронічна легенево-серцева недостатність.
- б) Посттуберкульозний кіфосколіоз (Код B90.2)

**Віддалені наслідки паразитарних і інфекційних хвороб**

- а) набряк, набухання головного мозку.
- б) Внутрішня гідроцефалія.
- в) Віддалені наслідки, вірусного енцефаліту. (Код B94.1)
  
- а) Гостра печінково-ниркова недостатність.
- б) Лептоспіроз жовтушно-геморагічний. (Код A27.0)
  
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Ентеровірусний менінгіт. (Код A87.0)
  
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Менінгококовий менінгіт. (Код A39.0)
  
- а) Гостра печінково-клітинна недостатність.
- б) Вірусний гепатит А. (Код B15.9)

**Хвороби ендокринної системи**

- а) Гостра серцево-судинна недостатність.
- б) Тиреотоксичне серце.
- в) Зоб токсичний дифузний. (Код E05.0)
  
- а) Уремія.
- б) Нефроангіосклероз.
- в) Цукровий діабет, I тип, важка форма з переважним ураженням нирок. (Код E10.2)
  
- а) Гіперглікемічна кома.
- б) Цукровий діабет, I тип, важка форма. (Код E10.0)
- а) Ендогенна інтоксикація.
- б) Волога гангрена лівої нижньої кінцівки.
- в) Цукровий діабет, II тип, важка форма з переважним ураженням периферичного кровообігу. (Код E11.5)

**Хвороби крові і кровотворних органів**

- а) Апластична анемія. (Код D61.9)

**Психічні розлади**

- а) Кахексія.
- б) Судинна деменція підкоркова. (Код - F01.2)
- а) Сепсис.
- б) Множинні пролежні спини.
- в) Деменція при хворобі Піка. (Код - F02.0)
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Сенільна деменція з делірієм.
- II. Шизофренія, параноїдна форма. (Код F05.1)
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю; стан відміни з деменцією. (Код F10.4)
- а) Гостра дихальна недостатність.
- б) Двобічна нижньодольова пневмонія.
- II. Розумова відсталість - ідіотія. (Код J18.8)
- а) Кахексія.
- б) Змішана коркова і підкоркова судинна деменція. (Код F01.3)

**Хвороби нервової системи**

- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Стареча дегенерація головного мозку.
- II. Ішемічна хвороба серця. (Код - G31.1)
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Судинна деменція з делірієм.
- II. Хронічний обструктивний бронхіт. (Код - F05.1)
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Епілепсія генералізована судомна. (Код - G40.3)
- а) Кахексія.
- б) Спінальна м'язова атрофія. (Код - G12.0)
- а) Септикопемія.
- б) Множинні пролежні сідниць.
- в) Розсіяний склероз. (Код - G35)
- а) Гостра дихальна недостатність.
- б) Двобічна нижньодольова пневмонія.
- в) Розсіяний склероз. (Код - G35)

**Хвороби системи кровообігу**

- а) Хронічна серцево-судинна недостатність.
- б) Ревматичний мітральний стеноз з недостатністю. (Код - I05.2)
- а) Хронічна серцево-судинна недостатність.
- б) Ревматичний аортальний стеноз. (Код - I06.0)

- а) Серцево-судинна недостатність.
- б) Ішемічна хвороба серця: великовогнищевий після-інфарктний (рік) міокардіосклероз задньої стінки лівого шлуночка.
- II. Гіпертонічна хвороба. (Код - I25.2)
  
- а) Хронічна серцево-судинна недостатність.
- б) Легеневе серце.
- в) Первинна легенева гіпертензія. (Код - I27.0)
- а) Хронічна серцево-легенева недостатність.
- б) Легеневе серце.
- в) Кіфосколиотична хвороба серця. (Код - I27.1)
  
- а) Тромбоемболія гілок легеневої артерії.
- в) Глибокий тромбофлебіт нижніх кінцівок. (Код - I80.2)
- а) Хронічна серцево-судинна недостатність.
- б) Дилатаційна кардіоміопатія. (Код - I42.0)

#### Цереброваскулярна хвороба

- а) Гемотампонада бокових шлуночків мозку.
- б) Геморагічний інсульт в зоровому горбі правої великої півкулі головного мозку.
- в) Гіпертонічна хвороба. (Код - I61.5)
  
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Геморагічний інсульт в лобно-тім'яній ділянці лівої великої півкулі головного мозку.
- в) Гіпертонічна хвороба. (Код - I61.0)
  
- а) набряк речовини головного мозку.
- б) Ішемічний інсульт в тім'яно-потиличній ділянці лівої великої півкулі головного мозку.
- II. Ішемічна хвороба серця. (Код - I63.5)

- а) Гостра дихальна недостатність.
- б) Двобічна нижньодольова пневмонія.
- в) Віддалені наслідки цереброваскулярної хвороби з тетрапарезом. (Код - I69.8)
  
- а) Кахексія.
- б) Віддалені наслідки цереброваскулярної хвороби. (Код - I69.8)

#### Атеросклероз артерій і артеріол

- а) Розшаровуюча аневризма грудного відділу аорти з розривом. (Код - I71.1)

#### Хвороби органів дихання

- а) Гостра дихальна недостатність.
- б) Двобічна зливна пневмонія. (Код - J18.8)
  
- а) Гостра дихальна недостатність.
- б) Лівобічна нижньодольова пневмонія. (Код - J18.1)
  
- а) Легенево-серцева недостатність.
- б) Хронічний обструктивний бронхіт із загостренням: правобічна нижньодольова пневмонія. (Код - J44.1)
  
- а) Хронічна легенево-серцева недостатність.
- б) Легеневе серце.
- в) Хронічний обструктивний бронхіт. (Код - J44.8)

- а) Асфіксія.
- б) Бронхоектактична хвороба з профузною кровотечею з аррозованих судин легень. (Код - J47)
  
- а) Уремія.
- б) Амілоїдоз нирок.
- в) Бронхоектактична хвороба. (Код - J47)

#### Хвороби органів травлення

- а) Печінково-клітинна недостатність.
- б) Мікро-макронодулярний цироз печінки. (Код - K74.6)
  
- а) Печінково-клітинна недостатність.
- б) Вірусний гепатит неуточнений. (Код – B19.9)
  
- а) Ендогенна інтоксикація.
- б) Гострий геморагічний панкреатит, панкреанекроз. (Код - K85)

#### Хвороби сечостатевої системи

- а) Уремія.
- б) Хронічний гломерулонефрит з переходом в нефросклероз. (Код - N03.9)
  
- а) Уремія.
- б) Сечокам'яна хвороба з гідронефрозом. (Код - N13.2)
  
- а) Уремія.
- б) Вторинний висхідний пієлонефрит.
- в) Аденома простати. (Код - N40)

#### Хвороби шкіри і підшкірної жирової клітковини

- а) Септицемія.
- б) Карбункул шиї. (Код – L02.1)
  
- а) Ендогенна інтоксикація.
- б) Флегмона м'яких тканин нижньої кінцівки. (Код - L03.1)

#### Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини

- а) Уремія.
- б) Подагра з переважним ураженням нирок. (Код - M10.9)
  
- а) Серцево-судинна недостатність.
- б) Системний червоний вовчак з переважним ураженням серця. (Код - M32.1)
  
- а) Уремія.
- б) Вузликосий периартеріт з переважним ураженням нирок. (Код - M30.0)

#### Новоутворення

- а) Кахексія.
- б) Рак сигмовидної кишки. (Код C18.7)
  
- а) Асфіксія.
- б) Профузна легенева кровотеча.
- б) Рак середньодольового бронху правої легені з розпадом, арозією судин. (Код C34.2)

- а) Ендогенна інтоксикація.
- б) Центральний рак молочної залози з множинними метастазами. (Код С50.1)
  
- а) Бластний криз.
- б) Хронічний лімфолейкоз. (Код С91.1)
  
- а) Дислокація стовбура головного мозку.
- б) Злоякісна пухлина лобно-скроневої частки правої великої півкулі головного мозку. (Код 71.8)
- а) Ендогенна інтоксикація
- б) Гострий моноцитарний лейкоз (Код С93.0)

## РОЗДІЛ САМОКОНТРОЛЮ

### СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Хворий Ж., 61 рік, знаходився під диспансерним наглядом у терапевта (сімейного лікаря) більше 10 років з діагнозом: ІХС. Застрахував своє життя в страховій компанії (умови страхування лікарю не відомі). Родичі померлого не наполягають на розтині.

Яка тактика лікаря?

- а) Виписати лікарське свідоцтво про смерть, де основною причиною смерті вказати ІХС.
- б) Скерувати тіло на розтин

2. Хвора С. 57 років, знаходилась під диспансерним наглядом у терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: ІХС. Атеросклеротичний та післяінфарктний (2003) кардіосклероз. АВ блокада I ступеню, політропна шлуночкова екстрасистоля. ХСН ІБ.

Померла вдома. Смерть констатована лікарем ШМД.

При заповненні медичної довідки про причину смерті, який варіант причини смерті є вірним:

- 2.1 а/Хронічна серцева недостатність  
б/Атеросклеротичний та післяінфарктний кардіосклероз.  
в/АВ блокада I ступеню. Політропна шлуночкова екстрасистоля.
- 2.2 а/Атеросклеротичний кардіосклероз.  
б/ІХС.
- 2.3 а/Хронічна серцева недостатність.  
б/Атеросклеротичний та післяінфарктний кардіосклероз.  
Атеросклероз вінцевих судин, аорти.  
в /ІХС.

- 2.4 а/ІХС  
б/Атеросклеротичний кардіосклероз.  
в/Хронічна серцева недостатність.

3. Хворий К. 73р., знаходився під диспансерним наглядом у терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: ДКМП, повільно прогресуючий перебіг. Миготлива аритмія, тахісистолічна форма. ХСН Іа, систоло-діастолічний варіант.

Помер вдома, смерть констатована лікарем ШМД.

При заповненні медичної довідки про причину смерті який варіант про причини смерті є вірним:

- 3.1 а) хронічна серцева недостатність  
б) ДКМП
- 3.2 а) миготлива аритмія  
б) ДКМП  
в) хронічна серцева недостатність
- 3.3 а) ДКМП  
б) миготлива аритмія, тахісистолічна форма  
в) ХСН Іа, систоло-діастолічний варіант

4. Хвора Л. 62 років. Була обстежена в онкодиспансері один рік тому. Був встановлений діагноз раку шлунку. Проведено оперативне лікування з наступною променевою терапією.

Померла вдома. При особистому огляді трупа дільничим терапевтом (сімейним лікарем) у хворі виявлено крововилив у лівій скроневій ділянці голови. Зі слів родичів померлої за два дні до смерті хвора впала з ліжка і вдарилась головою о підлогу.

Яка тактика лікаря?

4.1. Скерувати тіло померлої на розтин.

4.2. Виписати лікарське свідоцтво про смерть, де основною причиною смерті вказати рак шлунку, враховуючи верифікований прижиттєво діагноз в онкодиспансері.

5. Хворий Г. 52 роки. За життя під диспансерним наглядом у терапевта (сімейного лікаря) не знаходився. Останній раз був оглянутий

лікарем за 1 місяць до смерті, коли хворів фолікулярною ангіною. Тоді ж був виданий листок непрацездатності.

Помер раптово вдома. Лікар ШМД констатував смерть. Родичі померлого заперечують проти проведення розтину.

Яка тактика лікаря?

5.1. Скерувати тіло на розтин у зв'язку з невідомою причиною смерті.

5.2 Виписати лікарське свідоцтво про смерть, враховуючи бажання родичів, з приводу можливого ускладнення ангіни – гострого інфекційно-алергічного міокардиту.

6. Хворий З. 56 років. Знаходиться під «Д» наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з приводу: Цирозу печінки змішаної етіології, розгорнута клінічна стадія. Варикозна розширення вен стравоходу. Спленомегалія. Портальна гіпертензія. Асцит. ГНЦ ІІІ ст.

Помер вдома. Смерть констатована лікарем ШМД.

При заповненні медичної довідки про причину смерті, який варіант послідовності причин смерті є варіанти:

- 6.1 а) Печінкова кома.  
б) ГЦН ІІІ ступеню портальна гіпертензія, асцит. Варикозне розширення вен стравоходу.  
в) Цироз печінки.
- 6.2 а) Асцит, портальна гіпертензія.  
б) Варикозне розширення вен стравоходу.  
в) Цироз печінки змішаної етіології.
- 6.3 а) Цироз печінки змішаної етіології.  
б) Варикозне розширення вен стравоходу.  
в) Портальна гіпертензія, асцит.
- 6.4 а) Варикозне розширення вен стравоходу.  
б) Цироз печінки змішаної етіології.

**Відповіді: 1-б, 2.3, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1.**

## ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. В лікарському свідоцтві про смерть причина смерті може бути встановлена:

- 1.1. Лікарем, який лікував померлого ;
- 1.2. Патологоанатомом;
- 1.3. Судово-медичним експертом;
- 1.4. Лікарем , який встановив смерть;
- 1.5. Все перераховане вірно.

2. Визначення послідовності патологічних процесів (станів), які привели до смерті може бути на підставі:

- 2.1. Огляду трупа;
- 2.2. Записів лікаря в медичній документації;
- 2.3. Попереднього нагляду за хворим;
- 2.4. Розтину;
- 2.5. Все перераховане вірно.

3. В лікарському свідоцтві про смерть, яке залишається в медичному закладі, обов'язково має бути:

- 3.1. Підпис одержую чого свідоцтва та підпис лікаря, який склав свідоцтво про смерть;
- 3.2. Підпис головного лікаря медичного закладу
- 3.3. Підпис завідуючого терапевтичним відділенням
- 3.4. Підпис заступника головного лікаря по лікувальній роботі;
- 3.5. Все перераховане вірно

4. В лікарському свідоцтві про смерть, яке видається в амбулаторно-поліклінічних закладах МОЗ України робиться відмітка про видачу лікарського свідоцтва про смерть як:

- 4.1. Остаточного;
- 4.2. Попереднього;

- 4.3. Замість попереднього №;
- 4.4. Замість остаточного №;
- 4.5. Все перераховане вірно,

5. Хворий К. 63 р. знаходився під диспансерним наглядом у терапевта (сімейного лікаря ) з діагнозом: ІХС: стенокардія напруги стабільна. ФК ІІІ. Атеросклеротичний кардіосклероз, ХСН ІІ А з зниженою систолічною функцією лівого шлуночка. Помер вдома. Лікар ШМД констатував смерть. При заповненні лікарського свідоцтва про смерть, який варіант причини смерті є вірним:

- 5.1. а) Хронічна серцева недостатність  
б) Атеросклеротичний кардіосклероз. Атеросклероз вінцевих судин, аорти.  
в) ІХС.
- 5.2 а) Хронічна серцева недостатність.  
б) Атеросклеротичний кардіосклероз. Атеросклероз вінцевих судин, аорти  
в) ІХС. Стабільна стенокардія напруги. ФК ІІІ.
- 5.3. а) ІХС.
- 5.4. а) Атеросклеротичний кардіосклероз. Атеросклероз вінцевих судин, аорти.  
б) ІХС.
- 5.5 а) ІХС. Стенокардія напруги.

6. Хвора А., 72 роки знаходилась під «Д» наглядом у терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом ДКМП, повільно прогресуючий перебіг. Миготлива аритмія тахісистолична форма, ХСН ІІ А систоло-діастолічний варіант. Померла вдома. Смерть констатована лікарем ШМД. При заповненні лікарського свідоцтва про смерть, який варіант причини смерті є вірним:

- 6.1. а) Хронічна серцева недостатність.  
б) Миготлива аритмія, тахісистолична форма,  
в) ДКМП
- 6.2. а) Хронічна серцева недостатність.  
б) ДКМП

- 6.3. а) ДКМП
- 6.4. а) Миготлива аритмія тахісistolічна форма.  
б) ДКМП
- 6.5. а) ДКМП  
б) Миготлива аритмія, тахісistolічна форма

7. Хвора Б., 57 років знаходилась під «Д» наглядом у терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: ІХС. Атеросклеротичний та післяінфарктний (2002 р.) кардіосклероз. АВ -блокада І степені, політопна шлуночкова екстрасистоля. ХСН ІІ Б. Померла вдома. Лікар ШМД констатував смерть. При заповненні лікарського свідоцтва про смерть, який варіант причини смерті є вірним:

- 7.1. а) Хронічна серцева недостатність;  
б) Атеросклеротичний та післяінфарктний кардіосклероз. АВ-блокада І ступеня, політопна шлуночкова екстрасистоля  
в) ІХС
- 7.2. а) Хронічна серцева недостатність  
б) Атеросклеротичний та післяінфарктний кардіосклероз. Атеросклероз вінцевих судин аорти  
в) ІХС
- 7.3. а) ІХС
- 7.4. а) Атеросклеротичний та після інфарктний кардіосклероз. Атеросклероз вінцевих судин аорти  
б) ІХС.
- 7.5. а) ІХС;  
б) Атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз  
в) Хронічна серцева недостатність.

8. Хвора Б., 61 рік знаходилась під "Д" наглядом у терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: хронічна ревматична хвороба серця, складна мітральна вада серця з переважанням стенозу, ХСН ІІ А. Хворіє з дитинства ,неодноразово лікувалася стаціонарно. Померла вдома. Лікар ШМД констатував смерть. Родичі померлої наполягають на розтині. Тактика лікаря.

- 8.1. Скерувати тіло померлої на розтин згідно бажання родичів хворої;
- 8.2. Виписати лікарське свідоцтво про смерть, враховуючи ясність діагнозу та пенсійний вік хворої;

9. Хворий Г., 52 роки. За життя під диспансерним наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) не знаходився. Останній, раз був оглянутий лікарем за 1 місяць до смерті, коли хворів фолікулярною ангіною. Тоді ж був виданий листок непрацездатності. Помер раптово вдома, смерть констатована лікарем ШМД. Родичі хворого заперечують проти проведення розтину. Тактика лікаря:

- 9.1. Скерувати тіло померлого на розтин в зв'язку з невідомою причиною смерті.
- 9.2. Виписати лікарське свідоцтво про смерть з приводу можливого ускладнення ангіни – гострого інфекційно-алергічного міокардиту.

10. Хворий Д, 61 рік. Знаходився під диспансерним наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з приводу ІХС останніх 10 років. Застрашував своє життя в страховій компанії (умови страхування лікаря невідомі). Родичі померлого не наполягають на розтині. Тактика лікаря:

- 10.1. Виписати лікарське свідоцтво про смерть, де основною причиною смерті вказати ІХС.
- 10.2. Скерувати тіло померлого на розтин.

11. Хвора І., 55 років. Знаходилась під диспансерним наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з приводу: хронічного гастриту функцією шлунку. Померла вдома. Смерть констатована лікарем ШМД. Родичі хворої не наполягають на розтині. Тактика лікаря:

- 11.1. Виписати лікарське свідоцтво про смерть, де основною причиною смерті вказати хронічний гастрит,
- 11.2. Скерувати тіло померлої на розтин.

12. Хворий К., 67 років. Знаходився під диспансерним наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з приводу ІХС: атеросклеротичного та післяінфарктного кардіосклерозу, ХСН ІІБ. Оглядався лікарем вдома за тиждень до смерті, де стан хворого оцінювався як важкий. Помер вдома. У родичів померлого відсутня констатуюча довідка лікаря ШМД про зафіксовану смерть хворого К. Тактика лікаря:

- 12.1. Виписати лікарське свідоцтво про смерть, враховуючи попередній огляд хворого за один тиждень до смерті, коли стан хворого був оцінений як важкий.
- 12.2. Дільничному терапевту (сімейному лікарю) провести особисто огляд трупа, впевнитись у відсутності даних за насильницький характер смерті і тоді виписати лікарське свідоцтво про смерть.

13. Хворий Л., 62 роки. Був обстежений в онкодиспансері один рік тому. Був встановлений діагноз раку шлунку. Проведено оперативне лікування, з наступною променевою терапією. Помер вдома. При особистому огляді трупа дільничним терапевтом (сімейним лікарем) у хворого виявлено крововилив в лівій скроневій ділянці голови. Зі слів родичів померлого, за два дні до смерті хворий впав з ліжка і вдарився головою в підлогу. Тактика лікаря:

- 13.1. Скерувати труп хворого на розтин;
- 13.2. Виписати лікарське свідоцтво про смерть, де основною причиною смерті вказати рак шлунку, враховуючи вірифікований діагноз в онкодиспансері.

14. Хворий 48 років. Знаходився під диспансером наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: Хронічна ревматична хвороба серця. Складна аортальна вада із переважанням стенозу. Блокада ПНПГ. Пароксизмальна форма миготливої аритмії. ХСН ІІ А. Помер вдома. Родичі хворого заперечують проти розтину. Головним лікарем медичного закладу видано наказ про можливість видачі лікарського свідоцтва про смерть хворого М. без пат анатомічного розтину. Який варіант причини смерті є вірним?

- 14.1. а) Хронічна серцева недостатність;  
б) Складна аортальна вада з переважанням стенозу. Блокада ПНПГ. Пароксизмальна форма миготливої аритмії  
в) Хронічна ревматична хвороба серця
- 14.2. а) Хронічна серцева недостатність;  
б) Складна аортальна вада з переважанням стенозу.  
в) Хронічна ревматична хвороба серця
- 14.3. а) Хронічна ревматична хвороба серця.
- 14.4. а) Складна аортальна вада з переважанням стенозу  
б) Хронічна ревматична хвороба серця
- 14.5. а) Хронічна ревматична хвороба серця  
б) Складна аортальна вада з переважанням стенозу,  
в) Хронічна серцева недостатність.

15. Хворий Н., 85 років. Знаходився під наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) останні 10 років з діагнозом: хвороба Паркінсона. Помер вдома. Смерть констатована лікарем ШМД. Який варіант причини смерті є вірним?

- 15.1. а) Мозкова кома;  
б) Хвороба Паркінсона
- 15.2. а) Старість;
- 15.3. а) Хвороба Паркінсона.
- 15.4. а) Хвороба Паркінсона.  
б) Мозкова кома.
- 15.5. а) Мозкова кома

16. Хворий О., 78 років. Знаходився під наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія ІІІ ст. Стан після ГПМК (2006 р.) з лівобічним геміпарезом. Помер вдома. Смерть констатована лікарем ШМД. При заповненні лікарського свідоцтва про смерть. Який варіант причини смерті є вірним:

- 16.1. а) Мозкова кома;  
б) Прогресуюча дисциркуляторна енцефалопатія. Стан після перенесеного ГПМК;  
в) церебральний атеросклероз.

- 16.2. а) Стан після перенесеного ГПМК  
б) Дисциркуляторна енцефалопатія
- 16.3 а) Церебральний атеросклероз.
- 16.4. а) Дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія III стадії  
б) Стан після ГПМК з лівобічним геміпарезом
- 16.5. а) Мозкова кома.

17. Хворий П, 68 років. Знаходився під наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: церебральний атеросклероз. ДЕ III стадії. Судинна деменція. Помер вдома.

Смерть констатована лікарем ШМД. при заповненні лікарського свідоцтва про смерть, який варіант причини смерті є вірним?

- 17.1. а) Мозкова кома;  
б) Прогресуюча ДЕ;  
в) Церебральний атеросклероз.
- 17.2. а) Судинна деменція;  
б) Дисциркуляторна енцефалопатія.
- 17.4. а) Судинна деменція;  
б) Дисциркуляторна енцефалопатія.
- 17.5. а) Церебральний атеросклероз.  
б) Судинна деменція.

18. Хворий Р., 61 рік. Знаходився під наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: Хронічний обструктивний бронхіт, фаза загострення. Емфізема, пневмосклероз, ДН II-III стадії. Хронічне легеневе серце. Помер вдома. Смерть констатована лікарем ШМД. При заповненні лікарського свідоцтва про смерть, який варіант причини смерті є вірним?

- 18.1. а) Хронічна легенево-серцева недостатність;  
б) Емфізема легень, пневмосклероз;  
в) Хронічний обструктивний бронхіт.
- 18.2. а) Хронічна дихальна недостатність;  
б) Хронічне легеневе серце;  
в) Хронічний обструктивний бронхіт, фаза загострення.

- 18.3. а) Хронічне легеневе серце  
б) Хронічний обструктивний бронхіт, фаза загострення.
- 18.4. а) Хронічний обструктивний бронхіт, фаза загострення.
- 18.5. а) Емфізема, пневмосклероз,  
б) Хронічне легеневе серце.  
в) Хронічний обструктивний бронхіт

19. Хворий С , 61 рік. Знаходився під наглядом дільничною терапевта (сімейного лікаря) з приводу : цирозу печінки змішаної етіології, розгорнута клінічна стадія. Варикозно розширені вени стравоходу. Портальна гіпертензія, асцит, ГЦН III стадії. Помер вдома. Смерть констатована лікарем ШМД. При заповненні лікарського свідоцтва про смерть, який варіант причини смерті є вірним?

- 19.1. а) Печінкова кома;  
б) ГЦН III, портальна гіпертензія, асцит, варикозно розширені вени стравоходу;  
в) Цироз печінки
- 19.2. а) Асцит, портальна гіпертензія;  
б) Варикозно розширені вени стравоходу  
в) Цироз печінки змішаної етіології.
- 19.3. а) Цироз печінки змішаної етіології.
- 19.4. а) Цироз печінки змішаної етіології  
б) Варикозно розширені вени стравоходу:  
в) Асцит, портальна гіпертензія;
- 19.5. а) Варикозно розширені вени стравоходу; ,  
б) Цироз печінки змішаної етіології.

20. Хворий Т. , 60 років. Знаходився під наглядом дільничного терапевта (сімейного лікаря) з діагнозом: Рак передміхурової залози. Метастази в легені, печінку. Помер вдома. Смерть констатована лікарем ШМД. При заповненні лікарського свідоцтва про смерть, який варіант причини смерті є вірним.

- 20.1. а) Ракова інтоксикація;  
б) Ракова кахексія. Метастази в легені, печінку;  
в) Рак передміхурової залози.

- 20.2. а) Печінкова кома;  
 б) Метастази в легені, печінку  
 в) Рак передміхурової залози
- 20.3 а) Рак передміхурової залози  
 б) Метастази в легені, печінку;  
 в) Печінкова кома.
- 20.4. а) Хронічна дихальна недостатність  
 б) Метастази в легені, печінку .  
 в) Рак передміхурової залози.
- 20.5. а) Метастази в легені, печінку .  
 б) Рак передміхурової залози.

**Відповіді:**

1.5, 2.5, 3.1, 4.1, 5.1, 6.2, 7.2, 8.1, 9.1, 10.2, 11.2, 12.2, 13.1, 14.2, 15.1, 16.1, 17.1, 18.1, 19.1, 20.1.

**ДОДАТКИ**

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____ Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальної особи якого заповнили повідомлення Ідентифікаційний код ЄДРПОУ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p align="center"><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p align="center"><b>ФОРМА ПЕРВИННОЇ ОБЛІКОВОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ № 106/о</b></p> <p align="center">ЗАТВЕРДЖЕНО                  Наказ МОЗ України  <b>08.08.2006 № 545</b></p>
---	---

**ЛІКАРСЬКЕ СВИДОЦТВО ПРО СМЕРТЬ № \_\_\_\_\_**  
 (остаточне, попереднє, замість попереднього № \_\_\_\_, замість остаточного № \_\_\_\_)  
 (видається для реєстрації в органах реєстрації актів цивільного стану)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.  
 (дата видачі)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого \_\_\_\_\_

2. Стать: чол.-1, жін.-2 (підкреслити).
3. Дата народження: рік \_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_
4. Дата смерті: рік \_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_, республіка, область \_\_\_\_\_,  
 район \_\_\_\_\_, місто, смт - 1,  
 селище - 2 (підкреслити) \_\_\_\_\_, вул. \_\_\_\_\_,  
 буд. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_
8. Місце смерті:  
 а) держава \_\_\_\_\_, республіка, область \_\_\_\_\_,  
 район \_\_\_\_\_, населений пункт \_\_\_\_\_  
 (вписати)

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

----- лінія відрізу -----



П. 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).

Підпис лікаря,  
 який заповнив свідоцтво \_\_\_\_\_ М.П.

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові одержувача)

\_\_\_\_\_

(підпис)

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_ р.

### Фельдшерська довідка про смерть №

(видається для реєстрації в органах реєстрації актів цивільного стану)

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_ р.

(дата видачі)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого \_\_\_\_\_

2. Стать: чол. - 1, жін. - 2 (підкреслити).

3. Дата народження: рік \_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_

4. Дата смерті: рік \_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_

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 за паспортом:

Держава \_\_\_\_\_, республіка, область \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_, місто, смт - 1, селище - 2 (підкреслити) \_\_\_\_\_, вул. \_\_\_\_\_, буд. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_ (вписати).

8. Місце смерті:

а) держава \_\_\_\_\_, республіка область \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_, населений пункт \_\_\_\_\_

б) смерть настала: у стаціонарі - 1, удома - 2, в іншому місці - 3 (підкреслити)

(вписати, де)

\_\_\_\_\_ лінія відрізу \_\_\_\_\_

### Довідка про причину смерті

(до форми N 106-1/о N \_\_\_\_\_, видається для поховання)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого \_\_\_\_\_

2. Вік померлого \_\_\_\_\_ 3. Дата смерті «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(число, місяць, рік)

4. Причина смерті \_\_\_\_\_  
(основна причина смерті)

Прізвище фельдшера, який видав довідку, \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_  
(дата видачі) М. П. (підпис фельдшера)

9. Я, фельдшер \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

(посада)

засвідчую, що на підставі: огляду трупа - 1, попереднього нагляду за хворим - 2, записів у медичній документації - 3 (підкреслити) встановлена така причина смерті:

I. а) \_\_\_\_\_ Приблизний час  
безпосередня причина смерті між початком  
 б) \_\_\_\_\_ захворювання  
і смертю  
 в) \_\_\_\_\_  
захворювання або патологічний стан, що зумовив безпосередню причину смерті

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 \_\_\_\_\_

10. Померлий при житті був під наглядом лікаря у зв'язку із захворюванням, яке стало основною причиною смерті:

так - 1, ні - 2 (підкреслити)

11. Якщо померлий(а) відноситься до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зазначити категорію \_\_\_\_\_ та серію \_\_\_\_\_ посвідчення.

12. Фельдшерську довідку видано: найменування медичного закладу \_\_\_\_\_

Підпис фельдшера, який видав довідку \_\_\_\_\_

М. П. \_\_\_\_\_ (підпис)

Підпис одержувача довідки \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.

АНАЛІЗ СМЕРТНОСТІ по \_\_\_\_\_ району  
за \_\_\_\_\_ місяць 201\_\_ року  
Померло всього \_\_\_\_\_, з них чоловіків \_\_\_\_\_ жінок \_\_\_\_\_

НОЗОЛОГІЧНІ ФОРМИ	Всього	% від усіх	Розійнуто	з них	розійнуто	СМЕ	В стаціонарі	% від усіх по	класу	Розійнуто	з них	розійнуто	СМЕ	поза межами	стаціонару	% від усіх по	класу	Розійнуто	% від усіх по	класу
Інфекційні та паразитарні хвороби																				
Новоутворення																				
Хвороби крові та кровообігу																				
Хвороби ендокринної системи та розладу харчування																				
Розлади психіки та поведінки																				
Хвороби нервової системи																				
Хвороби системи кровообігу																				
Хвороби органів дихання																				
Хвороби органів травлення																				
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини																				
Хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини.																				
Хвороби сечостатевої системи																				
Вадитість, пологи та післяпологовий період																				
Окремі стани, що виникли в перинатальному періоді																				
Врожені аномалії(вади розвитку), деформатія та хромосомні порушення																				
Травми та отруєння																				
Симптоми та ознаки не класифіковані в інших рубриках																				
ІНШІ ХВОРОБИ																				
ВСЬОГО																				

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ Генеральної прокуратури України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України від 25.10.2011 № 102/685/692 «Про порядок взаємодії між органами внутрішніх справ, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини»
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 12.05.1992 № 81
3. Інструкція про порядок заповнення та видачі лікарського свідоцтва про смерть (Із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 65 (з0245-00) від 04.04.2000)
4. Андреев М.Д., Курик О.Г., Франчук В.В., Завальнюк А.Х., Боднар Я.Я., Москальчук Є.Ю. Методика формування основного діагнозу та порядок заповнення лікарських свідоцтв про смерть на виконання наказу МОЗ України №124 від 03.07.1995р. "Про вдосконалення ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті" // Інструктивно-методичні матеріали. - Тернопіль. - 2004.
5. М.В. Голубчиков, д.м.н., В.П. Сільченко, І.В. Іркін, І.Д. Сазонова, С.Г. Гайдар, Н.Г. Кравчук. "Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду" // Методичні рекомендації Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

*Навчально-методичне видання*

ЧОПЕЙ І.В., ШНІЦЕР Р.І., КОЛЕСНИК П.О., БРИЧ  
В.Д., ЧЕМЕТ О.А., ДОВГАНІЧ Ю.Є., ІВАНЬО Н.В.

**АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ  
ПОСМЕРТНОЇ ДІАГНОСТИКИ  
В ПРАКТИЦІ  
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

Підписано до друку ???.01.2012. Формат 60x84/16.  
Гарнітура Times New Roman. Тираж ?00.  
Замовлення ??.

---

Віддруковано: ПП Биков О.В.  
Тел. моб.: 0503722282