

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГІГІЄНИ

**«ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ ОБЛІКОВО-ЗВІТНОЇ
ДОКУМЕНТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ»**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІІІ- ІV КУРСІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Укладачі:

Доц. Керецман А. О.

Проф. Рогач І. М.

Ас. Фегер О. В.

УДК 076 К-36 614.2(477):002+657.24

Керецман А.О., Рогач І.М., Феєр О.В. Правила оформлення обліково-звітної документації медичних закладів // Методичні рекомендації. – Ужгород, 2020. – 80 с.

Методичні рекомендації підготовлені на кафедрі соціальної медицини та гігієни медичного факультету УжНУ.

Авторський колектив:

- **Керецман А.О.** – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету УжНУ.
- **Рогач І.М.** – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету УжНУ.
- **Феєр О.В.** – асистент кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін медичного факультету №2 УжНУ.

Затверджено:

на засіданні кафедри соціальної медицини та гігієни від _____ 2020 р., протокол № ___;

на засіданні Вченої Ради медичного факультету УжНУ від _____ 2020 р., протокол № ___;

Рецензенти :

доктор медичних наук, професор **Слабкий Г.О.**, завідувач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ;

доктор медичних наук, професор **Погоріляк Р.Ю.**, завідувач кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін медичного факультету №2 УжНУ.

ЗМІСТ

Передмова.....	4
1. Листок непрацездатності.....	5
2. Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.....	12
3. Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів.....	28
4. Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення.....	32
5. Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, урогенітальний мікоплазмоз та трихомоніаз.....	37
6. Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву.....	40
7. Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом трихофітії, мікроспорії, фавуса, корости.....	44
8. Повідомлення про хворого у вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення.....	47
9. Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару.....	50
10. Корінець медичного свідоцтва про народження.....	54
11. Лікарське свідоцтво про смерть.....	59
12. Корінець лікарського свідоцтва про перинатальну смерть.....	68
13. Корінець фельдшерської довідки про смерть.....	75
Список використаних джерел.....	80

ПЕРЕДМОВА

У методичних рекомендаціях представлено основну облікову документацію для підготовки та проведення практичних занять з навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для студентів III-IV курсів медичного факультету, що відповідає вимогам освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр» кваліфікації «Лікар» у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України, а також вимогам навчальних закладів України, а також вимогам Положення про державну атестацію випускників медичних вищих навчальних закладів України. В даних методичних рекомендаціях послідовно розглядаються основні облікові документи ЗОЗ, які використовується у практиці лікаря та правила їх заповнення.

ЛИСТОК НЕПРЦЕЗДАТНОСТІ

Лицьовий бік

Заповнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я	<p style="text-align: center;">ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА</p> <p>№..... (відповідне підкреслити)</p> <p>..... (прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)</p> <p>..... (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)</p> <p>Виданий 20 р. (число, місяць)</p>	КОРИНЕЦЬ																				
ЗАКЛАДУ	Л І Н І Я В І Д Р І З У																					
ЛІКУВАЛЬНОГО	<p style="text-align: center;">ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №..... Серія..... №.....</p> <p>..... (відповідне підкреслити)</p> <p>..... (назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)</p> <p>Виданий 20 р. (число, місяць)</p> <p>..... Вік (прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) (повних років)</p> <p>..... (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)</p>	КОРИНЕЦЬ																				
ЛІКАРЕМ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Діагноз первинний:</td> <td style="width: 50%;">Діагноз заключний:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік) – 10. </td> </tr> <tr> <td>РЕЖИМ:</td> <td>Відмітки про порушення режиму:</td> </tr> <tr> <td>Переважав у стаціонарі</td> <td>Підпис лікаря.....</td> </tr> <tr> <td>з 20 р. по 20 р.</td> <td>Направлений у МСЕК 20 р.</td> </tr> <tr> <td>Перевести тимчасово на іншу роботу</td> <td>Підпис голови ЛКК.....</td> </tr> <tr> <td>з 20 р. по 20 р.</td> <td>Оглянутий у МСЕК..... 20 р.</td> </tr> <tr> <td>Підпис голови ЛКК..... М. П.</td> <td>Висновок МСЕК.....</td> </tr> <tr> <td>Видачу листка непрацездатності дозволяю:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Підпис головного лікаря..... М. П.</td> <td>Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК</td> </tr> </table>	Діагноз первинний:	Діагноз заключний:	Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік) – 10.		РЕЖИМ:	Відмітки про порушення режиму:	Переважав у стаціонарі	Підпис лікаря.....	з 20 р. по 20 р.	Направлений у МСЕК 20 р.	Перевести тимчасово на іншу роботу	Підпис голови ЛКК.....	з 20 р. по 20 р.	Оглянутий у МСЕК..... 20 р.	Підпис голови ЛКК..... М. П.	Висновок МСЕК.....	Видачу листка непрацездатності дозволяю:	Підпис головного лікаря..... М. П.	Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК	КОРИНЕЦЬ
Діагноз первинний:	Діагноз заключний:																					
Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік) – 10.																						
РЕЖИМ:	Відмітки про порушення режиму:																					
Переважав у стаціонарі	Підпис лікаря.....																					
з 20 р. по 20 р.	Направлений у МСЕК 20 р.																					
Перевести тимчасово на іншу роботу	Підпис голови ЛКК.....																					
з 20 р. по 20 р.	Оглянутий у МСЕК..... 20 р.																					
Підпис голови ЛКК..... М. П.	Висновок МСЕК.....																					
Видачу листка непрацездатності дозволяю:																					
Підпис головного лікаря..... М. П.	Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК																					
ЗАПОВНЮЄТЬСЯ	З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б О Т И																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">З якого числа</th> <th style="width: 40%;">До якого числа включно</th> <th style="width: 20%;">Посада</th> <th style="width: 25%;">Підпис та печатка лікаря</th> </tr> <tr> <td>3 (число, місяць, рік)</td> <td>(словами число і місяць)</td> <td>і прізвище лікаря</td> <td>лікаря</td> </tr> <tr> <td>3 (число, місяць, рік)</td> <td>(словами число і місяць)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 (число, місяць, рік)</td> <td>(словами число і місяць)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 (число, місяць, рік)</td> <td>(словами число і місяць)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	З якого числа	До якого числа включно	Посада	Підпис та печатка лікаря	3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)	і прізвище лікаря	лікаря	3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)			3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)			3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)			КОРИНЕЦЬ
З якого числа	До якого числа включно	Посада	Підпис та печатка лікаря																			
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)	і прізвище лікаря	лікаря																			
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)																					
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)																					
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)																					
	<p style="text-align: center;">СТАТИ ДО РОБОТИ</p> <p>3 (словами число і місяць) ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ</p> <p>Видано новий листок непрацездатності (продовження) №.....</p>	КОРИНЕЦЬ																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">..... посада, прізвище</td> <td rowspan="2" style="width: 50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Печатка закладу охорони здоров'я</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>..... підпис лікаря</td> </tr> </table> посада, прізвище	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Печатка закладу охорони здоров'я</td> </tr> </table>	Печатка закладу охорони здоров'я підпис лікаря	КОРИНЕЦЬ																
..... посада, прізвище	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Печатка закладу охорони здоров'я</td> </tr> </table>	Печатка закладу охорони здоров'я																				
Печатка закладу охорони здоров'я																						
..... підпис лікаря																						

Зворотний бік

ДО ВІДОМА ЛІКАРЯ

**Бланки листка непрацездатності повинні зберігатись як бланки суворої звітності.
Про витрачання бланків листка непрацездатності лікар повинен звітувати в
установленому порядку зданням корінців виданих листків непрацездатності.**

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	<p style="text-align: center;">..... (назва підприємства, установи, організації)</p> Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. №..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити). Непрацював з «.....».....20.....р. до «.....».....20.....р. Неробочі дні за період непрацездатності (числа) До роботи ставз «.....».....20..... р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....				
Заповнюється відділом кадрів або уповноваженою особою	Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи; ветеран війни (потрібне підкреслити). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити). (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)				
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги	ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА: 3 тимчасової непрацездатності в розмірі.....% заробочих (календарних) днів 3 вагітності та пологів у розмірі.....% заробочих (календарних) днів Допомога надається з причини:..... Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від.....20..... р. № (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)				
Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ				
	Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка грн.				
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата	
Усього:					
При переведенні під час хвороби на іншу роботу з «.....».....20..... р. до «.....».....20.....р. заробітна плата за..... днів становить..... грн.					
НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ					
З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної Плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу
..... (усього нараховано — сума словами)					
Включено до платіжної відомості за..... місяць 20.....р.					
Печатка		Прізвище і підпис керівника.....		Підпис головного (старшого) бухгалтера.....	

ІНСТРУКЦІЯ

про порядок заповнення листка непрацездатності

1. Листок непрацездатності (далі - ЛН) - це багатофункціональний документ, який є підставою для звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю та з матеріальним забезпеченням застрахованої особи в разі тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів.
Лицьовий бік бланка ЛН заповнюється лікуючим лікарем або молодшим медичним працівником з медичною освітою. Зворотний бік бланка ЛН заповнюється за місцем роботи застрахованої особи. Записи в ЛН здійснюються розбірливим почерком, без помарок, синім, фіолетовим або чорним чорнилом.
2. Насамперед заповнюється корінець ЛН.
 - 2.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження", у разі продовження ЛН зазначається номер попереднього. Указуються: прізвище, ім'я та по батькові (повністю) непрацездатного та місце його роботи (назва підприємства, установи, організації), дата видачі ЛН (цифрою вказуються число, після чого літерами - назва місяця, цифрою зазначається рік), прізвище лікаря, який видав ЛН, номер медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, підпис одержувача у графі "Підпис одержувача".
 - 2.2. Паспортна частина ЛН (прізвище непрацездатного, ім'я та по батькові, вік) заповнюється за даними документів, місце роботи - зі слів непрацездатного.
 - 2.3. Після заповнення корінець залишається в закладі охорони здоров'я.
3. Далі заповнюється частина лицьового боку ЛН, що видається непрацездатному.
 - 3.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження" із зазначенням номера та серії попереднього ЛН у разі його продовження. Чітко вказуються: назва і місце знаходження закладу охорони здоров'я (повністю), що підтверджуються штампом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності"; дата видачі ЛН (цифрою вказуються число, після чого літерами - назва місяця, цифрою вказується рік), прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного (повністю); число повних років (цифрами); стать підкреслюється; місце роботи: назва і місце знаходження підприємства, установи, організації (повністю).
 - 3.2. У графі "Діагноз первинний" лікар указує первинний діагноз у перший день видачі ЛН. У графі "Діагноз заключний" лікар указує остаточний діагноз, а в графі "шифр МКХ- 10" - шифр діагнозу відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10).

Якщо з деонтологічних міркувань лікар змінює формулювання діагнозу в ЛН, то він зобов'язаний внести в "шифр МКХ-10" шифр фактичного захворювання, зробити в медичній карті стаціонарного чи амбулаторного хворого запис, який обґрунтовує зміну діагнозу, за письмовим погодженням із завідувачем відділення.

33. У графі "Причина непрацездатності:" слід обов'язково підкреслити відповідну причину звільнення від роботи. П 2, 4 виправленню не підлягають.
34. У графі "Режим:" обов'язково вказати режим, який призначається хворому: стаціонарний, амбулаторний, постільний, домашній, санаторний, вільний тощо.
35. У графі "Відмітки про порушення режиму:" зазначається дата порушення режиму, що засвідчується підписом лікаря. Види порушень режиму вказуються у графі "Примітка:" з обов'язковим записом у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.
36. У графі "Перебував у стаціонарі" зазначаються дати госпіталізації та виписки зі стаціонарного відділення.
37. У графі "Перевести тимчасово на іншу роботу" указуються дати тимчасового переведення хворого на іншу роботу, що засвідчується підписом голови лікарсько-консультативної комісії та круглою печаткою закладу охорони здоров'я.
38. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи, ЛН (за454-04) видається за підписом головного лікаря, що засвідчується круглою печаткою закладу охорони здоров'я. Запис здійснюється у графі "Видачу листка непрацездатності дозволяю" із обов'язковим записом у медичних картах амбулаторного чи стаціонарного хворого.
39. У графі "Направлений до МСЕК" здійснюється запис дати направлення документів на МСЕК, що підтверджується підписом голови лікарсько-консультативної комісії.
- 3.10. У графі "Оглянутий у МСЕК" зазначають дату огляду хворого.
- 3.11. У графі "Висновок МСЕК" робиться відповідний запис, що засвідчується підписом голови МСЕК та печаткою МСЕК: "визнаний інвалідом певної групи та категорії"; "інвалідом не визнаний, потребує долікування"; "інвалідом не визнаний, працездатний".

У разі визнання хворого інвалідом дата встановлення інвалідності повинна збігатися з днем надходження (реєстрації) документів у МСЕК.

У разі визнання хворого працездатним у графі "Стати до роботи" зазначається дата, наступна за датою огляду в МСЕК.

- 3.12. У графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" дата видачі ЛН (число, місяць, рік) позначається арабськими цифрами; у другому стовпчику "До якого числа включно" дата продовження ЛН (число і місяць) позначається літерами; у

четвертому стовпчику "Підпис та печатка лікаря" продовження або закриття ЛН підтверджується підписом та печаткою лікаря.

Якщо ЛН продовжується в амбулаторних умовах, запис терміну лікування здійснюється відповідно до п. 2.2 Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженої наказом МОЗ України від 13 листопада 2001 року № 455, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 року за № 1005/6196. Продовження ЛН здійснюється з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря, завідувача відділення або голови лікарсько-консультативної комісії, що засвідчується їх підписами.

У стаціонарному відділенні запис усього терміну лікування може бути вказаний в одному рядку з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря і завідувача відділення, що засвідчується їх підписами та печатками.

3.13. У графі "Стати до роботи" вказують словами число і місяць коли приступити до роботи; посаду, прізвище лікаря, що засвідчується його підписом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності". У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "Продовжує хворіти" та зазначається номер нового ЛН.

У разі смерті у графі "Стати до роботи" зазначаються "помер" і дата смерті.

4. У правому нижньому полі ЛН у графі "Примітка:" лікарем здійснюються такі записи:

4.1. При порушенні хворим призначеного режиму вказується вид порушення (наприклад, несвоєчасна явка на прийом до лікаря; алкогольне, наркотичне, токсичне сп'яніння під час лікування; вихід на роботу без дозволу лікаря; самовільне залишення закладу охорони здоров'я; виїзд на лікування в іншому закладі охорони здоров'я без відмітки про дозвіл виїзду; відмова від направлення або несвоєчасна явка на МСЕК та ін.).

4.2. У разі тимчасової непрацездатності у зв'язку із захворюванням або травмою, що сталися внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з ним, робиться позначка про таке сп'яніння.

4.3. У разі направлення на санаторно-курортне лікування зазначаються номер путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.4. У разі направлення на долікування в реабілітаційне відділення санаторно-курортного закладу вказуються номер реабілітаційної путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.5. У разі помилок у тексті здійснюється виправлення тексту, що підтверджується записом "Виправленому вірити", підписом лікуючого лікаря та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності".

На бланку ЛН дозволяється не більше двох виправлень.

4.6. У разі тимчасової непрацездатності ("професійне та його наслідки-2" або "нешасний

випадок на виробництві та його наслідки - 4") слід указати дату встановлення професійного захворювання або нещасного випадку на виробництві.

4.7. Інші примітки.

- У разі направлення хворого з лікувально-профілактичного закладу до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу на доліковування у графі ЛН "Стати до роботи" здійснюється запис "доліковування в санаторно-курортному закладі" з вказується дата початку путівки. У графі "Видано новий листок непрацездатності (продовження) №" зазначається номер нового ЛН, який заповнюється в стаціонарі або в денному стаціонарі закладу охорони здоров'я на період доліковування. У графі "Причина непрацездатності:" нового ЛН підкреслюється "захворювання загальне - 1"; у графі "Режим" вказується "санаторний", у графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" вказується дата початку путівки. В правому верхньому кутку ЛН ставиться печатка закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності".

Подальше оформлення ЛН здійснюється в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу. У графі "Перебував у стаціонарі" зазначаються дати госпіталізації та виписки з реабілітаційного відділення; у графі "Звільнення від роботи" у другому стовпчику "До якого числа включно" вказується дата виписки; у графі "Стати до роботи" літерами пишуть число і місяць коли стати до роботи, зазначаються посада, прізвище лікаря та завідувача реабілітаційного відділення, їх підписи, що засвідчуються круглою печаткою санаторно-курортного закладу. У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "продовжує хворіти".

- При лікуванні хворих у реабілітаційних центрах та реабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я ЛН заповнюється відповідно до вимог цієї Інструкції при наявності ознак тимчасової непрацездатності.
- У разі медичного нагляду за особами, які були в контакті з хворими на інфекційні захворювання, та бактеріоносійми в графі "Причина непрацездатності:" підкреслюється "контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство-б", у графі "Режим:" "домашній".
- У разі направлення хворого на протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства у графі "Причина непрацездатності:" вказується "ортопедичне протезування - 9", у графі "Перебував у стаціонарі", крім дати, робиться відмітка "протезно-ортопедичного підприємства", у графі "Звільнення від роботи" вказуються дати початку та закінчення протезування з урахуванням проїзду.
- У графі "Діагноз первинний" позначається термін вагітності на час звернення, у графі "Діагноз заключний" - орієнтовний термін пологів, у графі "Причина

непрацездатності:" - "вагітність та пологи"; у графі "Режим:" - "амбулаторний та стаціонарний"; у графі "Звільнення від роботи" одним рядком записується сумарна тривалість відпустки з відміткою дати відкриття ЛН, у графі "Стати до роботи" - дата закінчення відпустки. ЛН затверджується підписом лікуючого лікаря, завідувача жіночої консультації, для іногородніх жінок - додатково керівником закладу охорони здоров'я. ЛН завіряється печаткою закладу охорони здоров'я. Додаткові дні післяпологової відпустки при патологічних пологах і багатоплідній вагітності оформлюються окремим (додатковим) бланком ЛН.

10. Якщо при черговому відвідуванні хворим лікаря має місце порушення режиму у вигляді несвоєчасного прибуття хворого до лікаря, то:
 - у разі визнання хворого непрацездатним продовження ЛН здійснюється з дня його відвідування лікаря;
 - у разі визнання хворого працездатним у графі "Стати до роботи" пишуться літерами число і місяць та здійснюється запис "з'явився працездатним". Закриття ЛН здійснюється датою, установленою лікарем, для прибуття хворого.
11. Номери бланків ЛН, дата видачі, продовження, дати відвідування на повторні огляди, виписки на роботу обов'язково фіксують у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.
12. У разі втрати ЛН оформлення дубліката ЛН здійснюється лікуючим лікарем при наявності довідки з місця роботи про те, що виплата за цим ЛН не здійснювалася. У верхньому правому кутку ЛН зазначається "дублікат", у графі "Звільнення від роботи" одним рядком записується весь період непрацездатності, що підтверджується підписом і печаткою лікуючого лікаря та голови лікарсько-консультативної комісії. У медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого робиться відповідний запис із зазначенням номера дубліката ЛН.

**Інструкція
про порядок видачі документів,
що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян**

{ У тексті Інструкції слово "санаторій" в усіх відмінках замінено словами "санаторно-курортний заклад" у відповідних відмінках згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

Ця Інструкція розроблена відповідно до статті 51 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням" (2240-14) та визначає порядок і умови видачі, продовження та обліку документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, здійснення контролю за правильністю їх видачі.

Ця Інструкція погоджена з Федерацією професійних спілок України, Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності України, Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством фінансів України.

1. Загальні положення

- 1.1. Тимчасова непрацездатність працівників засвідчується листком непрацездатності.
- 1.2. Видача інших документів про тимчасову непрацездатність забороняється, крім випадків, обумовлених п. 1.13, 2.7, 2.16, 2.17, 2.18, 2.19, 2.20, 3.4, 3.16, 6.6.
{ Пункт 1.2 розділу 1 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
- 1.3. Листок непрацездатності видається:
 - 1.3.1. Громадянам України, іноземцям, особам без громадянства, які проживають в Україні і працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах і організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних представництвах та консульських установах.
 - 1.3.2. Особам, обраним на виборні посади до органів державної влади, місцевого самоврядування та інших органів, у тому числі громадських організацій.
 - 1.3.3. Членам колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів.
 - 1.3.4. Особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени

творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок).

1.3.5. Громадянам України, які постійно проживають на території України та працюють на умовах трудового договору (контракту) за межами України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають.

1.4. Право видачі листків непрацездатності надається:

1.4.1. Лікуючим лікарям державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

1.4.2. Лікуючим лікарям стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України.

1.4.3. Лікуючим лікарям туберкульозних санаторно-курортних закладів.

1.4.4. Фельдшерам у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах. Список цих фельдшерів затверджується щороку органами охорони здоров'я.

1.4.5. Лікуючим лікарям закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та лікарям, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці.

{ Пункт 1.4 розділу 1 доповнено новим підпунктом 1.4.5 згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

1.5. Не мають права видачі листків непрацездатності:

1.5.1. Лікарі:

- станцій (відділень) швидкої медичної допомоги;
- станцій переливання крові;
- закладів судово-медичної експертизи;
- бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік;
- будинків відпочинку;
- туристичних баз;
- зубопротезних поліклінік (відділень);
- санітарно-профілактичних закладів.

{ Підпункт 1.5.2 пункту 1.5 розділу 1 виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (з0163-12) від 06.12.2011 }

1.5.2. Лікуючі лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

1.6. Видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність здійснюється лікуючим лікарем (фельдшером) при пред'явленні паспорта чи іншого документа, який засвідчує особу непрацездатного і не може бути платною послугою в

закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності.

{ Пункт 1.6 розділу 1 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

- 1.7. Видача та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюються тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем (фельдшером), про що робиться відповідний запис у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності.

На період проведення заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19), а також локалізацією та ліквідацією її спалахів та епідемій в Україні, відкриття листків непрацездатності може здійснюватися лікарем, що надає первинну медичну допомогу на підставі звернення та опитування хворого за допомогою засобів телефонного зв'язку або інтернет-телефонії з обов'язковим відповідним записом у медичній карті амбулаторного хворого.

{ Пункт 1.7 розділу 1 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я N 963 (z0391-20) від 27.04.2020 }

- 1.8. Листок непрацездатності (довідка) видається і закривається в одному лікувально-профілактичному закладі, крім випадків доліковування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів. За наявності показань для подальшого лікування іншим лікувально-профілактичним закладом видається новий листок непрацездатності (довідка) як продовження попереднього.

{ Пункт 1.8 розділу 1 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

- 1.9. Листок непрацездатності (довідка) в амбулаторно-поліклінічних закладах видається лікуючим лікарем (фельдшером) переважно за місцем проживання чи роботи. У разі вибору особою лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються за наявності заяви-клопотання особи, погодженої з головним лікарем обраного лікувально-профілактичного закладу, або його заступником, засвідченої підписом та круглою печаткою лікувально-профілактичного закладу.

{ Пункт 1.9 розділу 1 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

- 1.10. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи (під час відрядження, санаторно-курортного лікування, відпустки тощо), листок непрацездатності (довідка) видається за місцем їх тимчасового перебування з дозволу головного лікаря лікувально-профілактичного закладу на число днів непрацездатності.

1.11. При стаціонарному лікуванні поза постійним місцем проживання у тому числі й з інших адміністративних районів міста, листок непрацездатності видається з дозволу головного лікаря, засвідчується його підписом і печаткою лікувально-профілактичного закладу на число днів, необхідних для лікування.

1.12. Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян України під час їх тимчасового перебування за межами держави, підлягають обміну на листок непрацездатності згідно з рішенням лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи роботи у разі:

а) гострих захворювань і травм;

б) загостренні хронічних захворювань;

в) вагітності та пологів;

г) оперативних втручань при невідкладних станах;

г) лікування згідно з рішенням комісії МОЗ України з питань направлення на лікування за кордон.

Обмін здійснюється на підставі перекладених на державну мову та нотаріально засвідчених документів, які підтверджують тимчасову втрату працездатності під час перебування за межами України.

1.13. Іноземцям, які тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах і організаціях України, видається витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де вказується термін тимчасової непрацездатності, якщо інше не передбачено міжнародними угодами.

1.14. У разі втрати листка непрацездатності за рішенням ЛКК лікувально-профілактичного закладу, в якому його видано, видається новий листок непрацездатності з позначкою "дублікат" на підставі довідки з місця роботи про те, що за період тимчасової непрацездатності виплата допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю не здійснювалась.

Якщо до моменту чергової виплати заробітної плати непрацездатність ще продовжується, громадянину на його бажання видається листок непрацездатності, з зазначенням у графі "Заключні висновки", що він продовжує хворіти, та подальшим оформленням продовження листка непрацездатності.

2. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян у разі захворювання чи травми

{ Назва розділу в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

2.1. У разі захворювання чи травми на весь період тимчасової непрацездатності до

відновлення працездатності або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) видається листок непрацездатності, що обраховується в календарних днях.

{ Пункт 2.1 розділу 2 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

- 2.2. При втраті працездатності внаслідок захворювання або травми лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до 5 календарних днів з наступним продовженням його, залежно від тяжкості захворювання, до 10 календарних днів.

Якщо непрацездатність триває понад 10 календарних днів, продовження листка непрацездатності до 30 днів проводиться лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення, а надалі - ЛКК, яка призначається керівником лікувально-профілактичного закладу, після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше 1 разу на 10 днів, але не більше терміну, встановленого для направлення до МСЕК.

В окремих випадках, коли захворювання вимагає тривалого лікування, наприклад у разі важких травм та туберкульозу періодичність оглядів ЛКК з продовженням листка непрацездатності може бути не рідше 1 разу на 20 днів залежно від тяжкості перебігу захворювання.

- 2.3. У лікувально-профілактичних закладах, розташованих у сільській місцевості, у штаті яких є тільки один лікар, листок непрацездатності (довідка) може видаватись особисто одним лікарем з продовженням у порядку, передбаченому п. 2.2, до 14 днів та наступним направленням хворого до ЛКК у разі його тимчасової непрацездатності. Список таких лікарів затверджується щороку наказом органів охорони здоров'я.

Фельдшер відповідно до п.1.4.4 має право видавати листок непрацездатності особисто і одночасно на термін не більше 3 днів з наступним направленням хворого до лікаря у разі його тимчасової непрацездатності.

{ Пункт 2.4 розділу 2 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

- 2.4. Листок непрацездатності у разі захворювання, травми, в тому числі й побутової, видається в день установа непрацездатності, крім випадків лікування в стаціонарі.
- 2.5. Особам, які звернулися за медичною допомогою та визнані непрацездатними по завершенні робочого дня, листок непрацездатності може видаватись, за їх згодою, з наступного календарного дня.
- 2.6. Особам, направленим фельдшером здоров'я пункту під час робочої зміни до лікувально-профілактичного закладу, листок непрацездатності видається з моменту звернення у

здоровпункт у разі визнання їх тимчасово непрацездатними.

Особам, не визнаним тимчасово непрацездатними, лікарем лікувально-профілактичного закладу видається довідка довільної форми з позначкою про час звернення до лікувально-профілактичного закладу, а у випадку, коли працівник звертався в здоровпункт в нічну зміну, видається листок непрацездатності з часу звернення у здоровпункт до закінчення робочої зміни.

- 2.7. Тимчасово непрацездатним особам, направленим на консультацію, обстеження, лікування в лікувально-профілактичні заклади за межі адміністративного району, листок непрацездатності видається за рішенням ЛКК на необхідну кількість днів з урахуванням проїзду.
- 2.8. У разі лікування в стаціонарі листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення за весь період стаціонарного лікування. У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах листок непрацездатності може бути продовжено на термін до 3 календарних днів з обов'язковим обґрунтуванням у медичній карті стаціонарного хворого та витягу з неї.
- 2.9. У разі тимчасової непрацездатності, зумовленої захворюванням або травмою, внаслідок алкогольного, токсичного сп'яніння чи дії наркотиків, що визначається ЛКК у порядку, встановленому спільним наказом МВС України, МОЗ України та Міністерства юстиції України від 24.02.95 N 114/38/15-36-18 (з0055-95) "Про затвердження Інструкції про порядок направлення громадян для огляду на стан сп'яніння в заклади охорони здоров'я та проведення огляду з використанням технічних засобів" зареєстрованим Міністерством юстиції України 07.03.95 за N 55/591, видається листок непрацездатності з обов'язковою позначкою про це в ньому та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.
- 2.10. На період проведення інвазивних методів обстеження та лікування (ендоскопія з біопсією, хіміотерапія за інтермітуючим методом, гемодіаліз тощо) в амбулаторних умовах листок непрацездатності видається лікуючим лікарем - згідно з рішенням ЛКК.
- 2.11. У разі протезування у стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств системи Міністерства праці та соціальної політики України листок непрацездатності видається на час протезування і проїзду до стаціонару і назад.
- 2.12. ЛКК, а в разі її відсутності - лікуючий лікар з дозволу головного лікаря, може призначити непрацездатному внаслідок професійного захворювання згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 N 1662 (1662-2000-п) "Про затвердження переліку професійних захворювань" або захворювання на туберкульоз тимчасове переведення на іншу роботу з видачею листка непрацездатності терміном до 2

місяців, з дотриманням термінів продовження відповідно до п. 2.2 цієї Інструкції. Переведення рекомендується, якщо хворий непрацездатний за своїм основним місцем роботи може повноцінно виконувати іншу роботу без порушення процесу лікування. У разі потреби переведення на легшу роботу у зв'язку з іншими захворюваннями видається висновок ЛКК. Листок непрацездатності в цьому разі не видається.

- 2.13. При направленні хворих на доліковування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів безпосередньо із стаціонарів, згідно з висновком ЛКК, листок непрацездатності продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу на весь термін, потрібний для закінчення призначеного лікування та реабілітації з урахуванням проїзду, але не більше терміну, передбаченого п. 4.1 цієї Інструкції.
- 2.14. Хворим на туберкульоз, психічні і венеричні захворювання листок непрацездатності видається лікарем відповідної спеціальності. Хворим на туберкульоз, направленим на лікування до туберкульозного санаторно-курортного закладу, листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу на кількість днів, потрібних для проїзду в санаторно-курортний заклад, і продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу.
- 2.15. За захворювання студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів засвідчується довідкою форми № 095/о (vb369282-00) "Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад", затвердженою наказом МОЗ України від 29.12.2000 № 369.
- { Пункт 2.16 розділу 2 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
- 2.16. Довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря і печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається особам, які проходять обстеження:
- з приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України;
 - за направленням слідчих органів, прокуратури і суду.
- 2.17. Довідка довільної форми, засвідчена підписом завідувача відділення та печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається:
- у разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних, враховуючи період їх професійної підготовки та перепідготовки;
 - особам, які проходять обстеження в лікувально-профілактичних закладах за направленням військових комісаріатів;

- особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження в умовах стаціонару відповідно до пункту 11 Інструкції про профілактичний наркологічний огляд та його обов'язкові обсяги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.11.97 № 339 (z0586-97), зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 11.12.97 за № 586/2390; { Пункт 2.18 розділу 2 доповнено новим абзацом згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
 - особам, які проходять діагностичне обстеження в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, за відсутності ознак тимчасової непрацездатності.
{ Пункт 2.18 розділу 2 доповнено новим абзацом згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
- 2.18. Особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу, видається довідка довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідченим печаткою лікувально-профілактичного закладу, з обов'язковим зазначенням часу проведеної консультації.
- 2.19. Особам, які перебувають під арештом та проходять судово-медичну експертизу, листок непрацездатності не видається.
- 2.20. Працюючим особам, які віднесені до I категорії осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, листок непрацездатності видається на весь період лікування в санаторно-курортних закладах та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах з урахуванням часу проїзду в обох напрямках, але не більше строку, передбаченого пунктом 4.1 розділу 4 цієї Інструкції.
{Розділ 2 доповнено новим пунктом 2.21 згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
- 2.21. Тимчасова непрацездатність осіб рядового і начальницького складу засвідчується довідкою органу, у сфері управління якого перебувають заклади охорони здоров'я.
У разі вибору особою рядового і начальницького складу лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи довідка видається відповідно до пункту 1.9 розділу 1 цієї Інструкції.

Порядок видачі довідки у разі захворювання та травми; у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною; при карантині; у зв'язку з вагітністю і пологами; на період санаторно-курортного лікування має відповідати вимогам цієї Інструкції.

Особам рядового і начальницького складу, які перебувають на лікуванні у зв'язку із захворюванням, пораненням, контузіїєю чи каліцтвом, отриманими під час виконання

службових обов'язків, довідка видається до дня закінчення лікування (при сприятливому закінченні лікування) або до дня звільнення з органу управління (підрозділу) за станом здоров'я (при несприятливому перебігу лікування) за висновками військово-лікарської експертизи.

{ Розділ 2 доповнено новим пунктом 2.22 згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

3. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною

{ Назва розділу 3 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

- 3.1. Для догляду за хворим членом сім'ї листок непрацездатності видається лікуючим лікарем одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, що фактично здійснює догляд.
- 3.2. Для догляду за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності видається на термін до 3 днів. Як виняток, залежно від важкості перебігу захворювання та побутових умов, цей термін може бути продовжений за рішенням ЛКК, а в разі її відсутності - головного лікаря, але не більше 7 календарних днів.
- 3.3. Для догляду за хворою дитиною віком до 14 років листок непрацездатності видається на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше 14 календарних днів, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування.
- 3.4. Якщо дитина продовжує хворіти, то особі, яка здійснює догляд за хворою дитиною, після закінчення максимального терміну листка непрацездатності, передбаченого законодавством України, видається довідка за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 138/0).

Довідка про догляд за хворою дитиною видається до одужання дитини від гострого захворювання або досягнення ремісії у разі загострення хронічного захворювання, з продовженням у порядку, передбаченому п.2.2 цієї Інструкції.

- 3.5. Якщо в сім'ї хворіють двоє або більше дітей одночасно, то для догляду за ними видається один листок непрацездатності. У разі виникнення захворювання у дітей в різний час листок непрацездатності та довідка про догляд за хворою дитиною видається в кожному конкретному випадку окремо.

- 3.6. Якщо в період звільнення від роботи згідно з довідкою про догляд за хворою дитиною захворіла друга дитина або виникло нове (не пов'язане з попереднім) захворювання у першої дитини, то довідка закривається і видається новий листок непрацездатності.
- 3.7. Якщо після виписки в дитячий дошкільний заклад або школу в дитини виникає ускладнення захворювання, за яким видавався листок непрацездатності та довідка і ЛКК визначає його як продовження першого захворювання, то про догляд за дитиною видається довідка.
- 3.8. Після виписки дитини із стаціонару в гострому періоді захворювання листок непрацездатності видається або продовжується до одужання дитини, але в межах встановленого терміну з урахуванням днів листка непрацездатності, що був виданий для догляду за дитиною до стаціонарного лікування.
- 3.9. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 6 років одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, видається листок непрацездатності на весь період перебування в стаціонарі разом з дитиною.
- У разі стаціонарного лікування важкохворих дітей старшого віку (6 - 14 років) листок непрацездатності видається одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, на період, коли, за висновком ЛКК, дитина потребує індивідуального догляду.
- 3.10. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 14 років, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (СНІД) або хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання та постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, листок непрацездатності видається на весь період перебування дитини в стаціонарі одному з працюючих батьків або особі, що його заміняє і здійснює догляд за дитиною.
- { Пункт 3.10 розділу 3 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
- 3.11. Якщо мати або інша працююча особа, яка доглядає за хворою дитиною, перебуває у цей час у щорічній (основній чи додатковій) відпустці у зв'язку з навчанням або творчій відпустці, у відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, відпустці без збереження заробітної плати, то листок непрацездатності видається з дня, коли мати або інша працююча особа, яка здійснює догляд за хворою дитиною, повинна стати до роботи.
- 3.12. Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до від'їзду в санаторно-курортний заклад на весь термін лікування дитини в санаторно-курортному закладі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках за наявності висновку ЛКК про

необхідність стороннього догляду під час лікування у санаторно-курортному закладі. Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до початку лікування у медичних центрах реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи (далі-Центр) на весь термін лікування дитини в Центрі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках на підставі довідки-виклику з Центру та за наявності висновку ЛКК про необхідність стороннього догляду під час лікування у Центрі.

Закриття листка непрацездатності проводиться лікуючим лікарем на підставі медичного висновку Центру або санаторно-курортного закладу про проведений курс лікування дитини-інваліда з урахуванням терміну фактичного перебування в Центрі.

У разі порушення режиму особою, що здійснює догляд за дитиною-інвалідом до 18 років, лікуючий лікар Центру або санаторно-курортного закладу робить відповідний запис у листку непрацездатності, який засвідчується підписом головного лікаря та круглою печаткою Центру або санаторно-курортного закладу.

{Пункт 3.12 розділу 3 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я N 882 (z0163-12) від 06.12.2011}

- 3.13. Листок непрацездатності видається працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною віком до 3 років, дитиною-інвалідом віком до 18 років, у випадку пологів або хвороби матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років) на період, коли вона за медичними висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною, а також у випадку необхідності догляду за другою хворою дитиною.

У цьому випадку листок непрацездатності видається на підставі довідки з поліклініки чи стаціонару, що засвідчує пологи або захворювання матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці по догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років).

{ Пункт 3.13 розділу 3 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я N 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

- 3.14. У разі захворювання дитини поза постійним місцем проживання листок непрацездатності та довідка для догляду за нею видаються за місцем тимчасового перебування дитини територіальним лікувально-профілактичним закладом з дозволу головного лікаря, і мають бути засвідчені його підписом та печаткою цього лікувально-профілактичного закладу.

- 3.15. Листок непрацездатності не видається для догляду:

а) за хронічним хворим у період ремісії;

- б) хворою дитиною в період щорічної (основної та додаткової) відпусток, відпустки без збереження заробітної плати, частково оплачуваної відпустки для догляду за дитиною до 3 років;
- в) за здоровою дитиною на період карантину;
- г) за хворим старшим 14 років при стаціонарному лікуванні.

3.16 Для догляду за хворим старше 14 років, який знаходиться на стаціонарному лікуванні, згідно з висновком ЛКК про необхідність індивідуального догляду, видається довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу.

4. Порядок направлення на медико-соціальну експертну комісію

4.1. Направлення хворого для огляду до МСЕК здійснюють ЛКК лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання або лікування при наявності стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у тому разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців безперервно з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з одним і тим самим захворюванням або його ускладненнями за останні дванадцять місяців, а при захворюванні на туберкульоз – протягом десяти місяців з дня настання непрацездатності.

{ Пункт 4.1 розділу 4 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

4.2. На МСЕК направляються інваліди для переогляду в зв'язку із змінами в стані здоров'я, працюючі інваліди - для зміни трудової рекомендації чи внесення доповнень до індивідуальної програми реабілітації інваліда тощо.

4.3. У разі визнання хворого інвалідом листок непрацездатності закривається днем надходження документів хворого на МСЕК, дата встановлення інвалідності обов'язково вказується у листку непрацездатності.

4.4. Особам, не визнаним інвалідами:

- у разі визнання їх працездатними термін тимчасової непрацездатності закінчується датою огляду в МСЕК;
- у разі визнання їх непрацездатними листок непрацездатності продовжується ЛКК лікувально-профілактичного закладу до відновлення працездатності або повторного направлення до МСЕК.

{ Абзац третій пункту 4.4 розділу 4 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

4.5. При відмові хворого від направлення до МСЕК або несвоєчасному прибутті його на експертизу без поважної причини, факт відмови або нез'явлення засвідчується

відповідною позначкою про це в листку непрацездатності та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого. Відмова від направлення до МСЕК і нез'явлення без поважної причини на огляд МСЕК не є підставою для виписки хворого на роботу.

- 5.** Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при карантині
- 5.1. На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями, у разі неможливості здійснення тимчасового переведення за їх згодою на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, листок непрацездатності видається інфекціоністом або лікуючим лікарем згідно з висновком лікаря-епідеміолога територіальної СЕС.
- 5.2. На період перебування застрахованої особи в самоізоляції, обсервації, в тимчасових закладах охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталях), у закладах охорони здоров'я, а також на самоізоляції під медичним наглядом у зв'язку з проведенням заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 року N 211 "Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2", крім хворих осіб, листок непрацездатності видається лікуючим лікарем на строк, визначений законодавством та галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

{ Розділ 5 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я N 963 (z0391-20) від 27.04.2020 }

- 6.** Порядок видачі листка непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами
- 6.1. Листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності водночас на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 - після).
- 6.2. У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі запису в історії пологів та обмінній карті вагітної, засвідченого підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу, де відбувались пологи, за місцем спостереження за вагітною додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів, крім жінок, яких віднесено до I-IV категорій постраждалих у наслідок аварії на ЧАЕС.
- 6.3. Жінкам, які належать до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90

- на період післяпологової відпустки).
- 6.4. Якщо вагітна не спостерігалась з приводу вагітності до дня пологів, листок непрацездатності видається з дня пологів на період тривалості післяпологової відпустки у порядку, передбаченому п. 6.1, 6.2, 6.3 цієї Інструкції, лікувально-профілактичним закладом, у якому відбулися пологи.
- 6.5. При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається лікувально-профілактичним закладом, де відбулись пологи, на 140 календарних днів у разі народження живої дитини, а у випадку мертвонародження при таких пологах - на 70 календарних днів.
{ Пункт 6.5 розділу 6 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
- 6.6. Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, видається довідка форми № 147/о (z0346-02) "Довідка для призначення і виплати державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування", затвердженої наказом МОЗ України від 18.03.2002 № 93, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 09.04.2002 за № 346/6634.
{ Пункт 6.6 розділу 6 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }
- 6.7. У зв'язку з операцією штучного переривання вагітності на бажання жінки (в тому числі міні-аборти) листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час операції чи в післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.
- 6.8. У випадках переривання вагітності з інших причин, у тому числі за медичними або соціальними показаннями, листок непрацездатності видається з дня госпіталізації жінки на весь період непрацездатності.
- 6.9. Жінкам, яким проводиться терапія безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, листок непрацездатності видається лікувально-профілактичним закладом, в якому проводилась така терапія, від дня початку ультразвукового та гормонального контролю медикаментозної стимуляції овуляції до моменту підтвердження наявності вагітності ультразвуковим методом.
Питання про подальшу непрацездатність жінки вирішується за місцем спостереження за вагітною індивідуально залежно від перебігу вагітності.
- 6.10. У разі тривалого лікування з приводу патологічного перебігу вагітностіпродовження листка непрацездатності здійснюється у порядку, передбаченому п. 4.1 цієї Інструкції.

6.11. Особам, які усиновили дитину або взяли дитину під опіку, лікарем жіночої консультації на підставі свідоцтва про народження дитини та рішення суду про її усиновлення або встановлення опіки видається листок непрацездатності на період з дня усиновлення або встановлення опіки до дня закінчення післяпологової відпустки тривалістю 56 календарних днів (70 календарних днів у разі одночасного усиновлення двох і більше дітей, 90 календарних днів - для жінок, віднесених до I-IV категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи), що відраховуються з дня народження дитини, зазначеного у свідоцтві про народження та рішенні суду про її усиновлення.

{ Пункт 6.11 розділу 6 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 882 (z0163-12) від 06.12.2011 }

6.12. Під час перебування жінки у відпустці для догляду за дитиною листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається на загальних підставах.

7. Порядок видачі листка непрацездатності на період санаторно-курортного лікування

7.1. Листок непрацездатності на період санаторно-курортного лікування, необхідність якого встановлена ЛКК лікувально-профілактичного закладу за місцем спостереження, видається на термін лікування та проїзду до санаторно-курортного закладу і назад, але з урахуванням тривалості щорічної (основної та додаткової) відпустки.

7.2. Листок непрацездатності видається до від'їзду в санаторно-курортний заклад при наявності:

а) пугівки;

б) довідки з місця роботи про тривалість щорічної (основної та додаткової) відпустки;

в) картки санаторно-курортного відбору.

8. Контроль та відповідальність за порушення Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян

8.1. Контроль за виконанням цієї Інструкції закладами охорони здоров'я усіх відомств здійснюють у межах своєї компетенції Міністерство охорони здоров'я України, Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, профспілки та їх об'єднання.

8.2. Відповідальність за стан організації та якості експертизи тимчасової непрацездатності, зберігання та облік документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, несе керівник закладу охорони здоров'я.

8.3. За порушення порядку видачі та заповнення документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, лікарі несуть відповідальність згідно з законодавством

України.

- 8.4. Облік бланків листків непрацездатності ведеться за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 036/о).
- 8.5. У разі виявлення порушень правил видачі, зберігання, обліку документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, незадовільного стану експертизи тимчасової непрацездатності лікувально-профілактичний заклад може бути позбавлений права видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, у встановленому порядку.

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить ліцензіат _____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) ліцензіата, де заповнюється форма _____</p> <p>Код за ЄДРПОУ</p>	<p align="center">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p align="center">Форма первинної облікової документації № 074/о</p> <p align="center">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p align="center">Наказ МОЗ України №</p>
--	--

Ж У Р Н А Л
реєстрації амбулаторних пацієнтів
за _____ рік

Почато « ____ » _____ 20__ року Закінчено « ____ » _____ 20__ року

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою

Спеціальність лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою

Місце провадження медичної практики:
місто - 1; село - 2; гірський населений пункт – 3

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів» (форма № 074/о).
2. Форма № 074/о заповнюється медичним персоналом (лікарями, молодшими спеціалістами з медичною освітою) всіх спеціальностей, які ведуть самостійний амбулаторний прийом і відвідування пацієнтів удома, в амбулаторіях, кабінетах, поліклініках, поліклінічних відділеннях лікарень усіх профілів (у тому числі психіатричних і наркологічних), міських і сільських, які обслуговують населення (дорослих віком 18 років і старше та дітей віком 0 - 17 років включно), диспансерах усіх профілів, жіночих консультаціях пологових будинків та самостійних диспансерних і поліклінічних відділеннях науково-дослідних інститутів, у центрах первинної медико-санітарної допомоги, фельдшерсько-акушерських пунктах, лікарських і фельдшерських пунктах охорони здоров'я, травмпунктах та у приймальних відділеннях закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну допомогу, щодо амбулаторних пацієнтів, які звернулись за допомогою.

Зкладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, якими внесено медичні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, форма № 074/о не ведеться.

{Пункт 2 доповнено новим абзацом другим згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 587 від 28.02.2020}

3. На титульній сторінці форми № 074/о зазначаються прізвище, ім'я, по батькові, спеціальність медичного персоналу (лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою), а також місце провадження медичної практики.

При визначенні місця провадження медичної практики слід враховувати адміністративно-територіальний устрій, а також особливості населених пунктів, яким надано статус гірських відповідно до Закону України «Про статус гірських населених пунктів в Україні».

4. У графах 1, 2 вказуються номер за порядком запису та дата (число, місяць) відвідування.
5. У графі 3 ставиться відмітка про відвідування: первинне - 1 (якщо пацієнт вперше звертається до лікаря з цією проблемою/захворюванням), повторне - 2 (якщо це не перше звернення пацієнта з цією проблемою/захворюванням до лікаря); завершення епізоду медичної допомоги - 3 (якщо пацієнт вже відвідував лікаря, одужав і це його останній візит із цією проблемою/захворюванням).

6. У графі 4 вказується вид консультації: амбулаторно, в умовах закладу охорони здоров'я - 1, вдома у пацієнта - 2, консультація телефоном або іншими засобами комунікації - 3.
 7. У графах 5 - 8 зазначаються паспортні дані (прізвище, ім'я, по батькові) пацієнта, стать (чоловіча, жіноча), дата (число, місяць, рік) народження для ідентифікації пацієнта та номер телефону для контакту.
 8. У графі 9 вказується код причини звернення пацієнта згідно з Міжнародною класифікацією первинної медичної допомоги ІСРС-2-Е (далі - ІСРС-2-Е), україномовний варіант якої затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 січня 2018 року № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ІСРС-2-Е)».
 9. У графі 10 вказується код діагнозу згідно з ІСРС-2-Е (для первинної медичної допомоги) та згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (МКХ-10) (для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги).
 10. У графі 11 зазначають код(и) процесу(ів) згідно з ІСРС-2-Е (обстеження, призначення лікування, направлення, видача довідки тощо).
- Медичний персонал, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, не заповнює графи 9, 11.
11. У графі 12 зазначається пільгова категорія пацієнта, а саме інвалід війни - 1; учасник війни - 2; учасник бойових дій - 3; особа, яка належить за пільгами до ветеранів війни - 4; інвалід - 5; учасник ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС - 6; евакуйований із зони відчуження - 7; особа, яка проживає на території зони радіоекологічного контролю - 8; дитина, яка народилась від батьків, що віднесені до 1 - 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення - 9; інша пільгова категорія - 10.
 12. Дані форми № 074/о щодо числа відвідувань використовуються при заповненні форми первинної облікової документації №039/о «Відомість обліку відвідувань пацієнтів», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2018 року № 157).
 13. Строк зберігання форми № 074/о - 5 років.

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації № 058/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

1	0	0	1	2	0	0	6	№	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ
про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення**

„_____” _____ 20____ року.
(дата заповнення повідомлення)

Повідомлення направлено до _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження _____ 3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2

4. Місце проживання хворого (повна поштова адреса): країна _____, область _____, район _____, населений пункт _____, вулиця _____, будинок № _____, кв. № _____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2

6. Телефон _____

7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса _____

8. Діагноз _____ шифр за МКХ-10 _____
(вписати)

9. Дати:

захворювання _____
(число, місяць, рік)

первинного звернення _____
(число, місяць, рік)

встановлення діагнозу _____
(число, місяць, рік)

подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу _____
(число, місяць, рік)

госпіталізації _____
(число, місяць, рік)

10. Місце госпіталізації _____
(найменування лікувального закладу)

11. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1, клінічно – 2, інші – 3 (вписати) _____

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення»

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» (далі – Екстрене повідомлення).

1. Екстрене повідомлення заповнюють відповідальні особи закладів та установ охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування, суб'єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою, виховні, навчальні, оздоровчі та інші дитячі заклади і заклади системи соціального захисту (незалежно від місця і обставин виявлення).
2. На кожний випадок інфекційного захворювання (підозри), незвичайної реакції на щеплення, укусу, подряпання, ослюнення тваринами, іншого стану (бактеріоносійство), крім грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів множинних або не уточнених локалізацій, заповнюється Екстрене повідомлення, яке протягом 12 годин надсилається до територіальної санітарно-епідеміологічної станції (далі – СЕС) за місцем реєстрації захворювання. Крім цього, в оперативному порядку інформація повідомляється в цю СЕС по телефону.
3. Екстрене повідомлення заповнюється лікарем або середнім медичним персоналом, який виявив чи запідозрив захворювання в:
 - лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я України, незалежно від умов, за яких було виявлено захворювання – при зверненні в поліклініку, відвідуванні хворого вдома, профілактичному огляді тощо;
 - лікарнях охорони здоров'я України за умови, коли діагноз інфекційного захворювання був установлений при наданні стаціонарної медичної допомоги хворому, а саме: коли він поступив без направлення поліклінічного закладу, діагноз інфекційного захворювання встановлено замість іншого захворювання, випадок внутрішньолікарняної інфекції тощо;
 - закладах судово-медичної експертизи;

- закладах долікарського обслуговування (фельшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських здоровпунктах).
- 4. У верхньому лівому куті форми вказується назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили Екстрене повідомлення, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).
- 5. Після заголовку в Екстреному повідомленні обов'язково має бути вказана дата його заповнення.
- 6. Далі зазначається найменування закладу, на адресу якого направляється Екстрене повідомлення – у відповідний заклад чи установу державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України, інших центральних органів виконавчої влади.
- 7. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я, по батькові хворого.
- 8. У пункті 2 зазначаються в цифровій формі: число, місяць та рік народження.
- 9. У пункті 3 зазначається стать хворого: чоловіча – 1, жіноча – 2.
- 10. У пункті 4, 6 вказується місце проживання хворого (повна поштова адреса), номер телефону.
- 11. У пункті 5 зазначається – мешканцем міста або села є хворий.
- 12. У пункті 7 вказується місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса.
- 13. У пункті 8 вказуються діагноз та шифр відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ – 10).
- 14. У пункті 9, 10 зазначаються дати захворювання, первинного звернення, встановлення діагнозу, подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу, госпіталізації, місце госпіталізації.
- 15. У пункті 11 вказується метод підтвердження діагнозу: клінічно чи лабораторно або вписуються назви інших досліджень.
- 16. У пункті 12 – якщо зареєстровано отруєння, то вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий.
- 17. У пункті 13 вказуються проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості.
- 18. У пункті 14 – вказуються дата і час первинного Екстреного повідомлення (за телефоном тощо) територіальній СЕС, прізвище особи, яка повідомила та отримала повідомлення.

19. У пункті 15 вказуються прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення; зазначаються реєстраційні номери із журналу ф. № 060/о закладу охорони здоров'я та СЕС, а також підпис особи, яка одержала повідомлення.
20. Медичні працівники закладів долікарського обслуговування Екстрене повідомлення складають у двох примірниках: перший відправляється до територіальної СЕС, другий – до закладу охорони здоров'я (дільничної, районної, міської лікарні, амбулаторії, поліклініки тощо).
21. Медичний персонал, який обслуговує дитячі заклади, направляє Екстрене повідомлення до територіальної СЕС тільки за умови, якщо захворювання (підозра) вперше виявлено персоналом цих закладів під час огляду дітей чи інших обставинах. Відомості про інфекційні захворювання, що виявлені медичним персоналом закладів охорони здоров'я (лікарні, поліклініки) у дітей, які відвідують дитячі заклади, повідомляються (за телефоном та з відправкою Екстреного повідомлення) до територіальної СЕС персоналом цих закладів.
22. Медичні працівники, які обслуговують дитячі заклади оздоровлення/ відпочинку, Екстрене повідомлення направляють до СЕС, яка здійснює поточний санітарний нагляд, а також до територіальної СЕС за місцем тимчасової дислокації оздоровчого закладу.
23. Суб'єкти підприємницької діяльності, які займаються медичною практикою, направляють Екстрене повідомлення до територіальної СЕС району за місцем знаходження. Забезпечення бланками Екстрених повідомлень проводиться місцевими органами охорони здоров'я.
24. Медичні працівники станції швидкої медичної допомоги, які виявили чи запідозрили інфекційне захворювання, в випадках невідкладної госпіталізації, повідомляють до територіальної СЕС за телефоном про виявлення хворого і необхідності його госпіталізації, в інших випадках повідомляють в поліклініку (амбулаторію) за місцем проживання хворого, про необхідність направлення дільничного лікаря до нього. Екстрене повідомлення в цих випадках заповнюється в лікарні, куди хворий був госпіталізований або поліклінікою, лікар якої відвідав хворого вдома.
25. Медичні працівники закладів охорони здоров'я, які обслуговують працівників водного, залізничного та повітряного транспорту, заповнюють два примірники Екстреного повідомлення: один примірник надсилається до територіальної СЕС, другий – до СЕС (лікарні) за підпорядкованістю.

26. Заклади охорони здоров'я Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ України, охорони державного кордону, Служби безпеки України та інших центральних органів виконавчої влади надсилають до територіальних санітарно-епідеміологічних станцій Міністерства охорони здоров'я Екстрене повідомлення тільки на вільнонайманих працівників та членів сімей працівників цих закладів.
27. Заклад охорони здоров'я, у якому було уточнено або змінено діагноз, зобов'язаний скласти нове Екстрене повідомлення і протягом 12 годин після встановлення діагнозу надіслати його до СЕС за місцем виявлення захворювання, із зазначенням зміненого (уточненого) діагнозу, дати його встановлення, первинного діагнозу та результатів лабораторних досліджень.
28. Екстрене повідомлення має бути заповнено чітко й розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила Екстрене повідомлення, із зазначенням дати внесення змін. Відповідальною за інформацію, що надана в Екстреному повідомленні, є особа, яка його заповнила.
29. Термін зберігання Екстрених повідомлень – 1 рік.

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення _____

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 089-1/о

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України

1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 | _____

ПОВІДОМЛЕННЯ

про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уrogenітальний мікоплазмоз та трихомоніаз

„_____” _____ 20_____ року.

(дата заповнення)

Повідомлення направлено до _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження _____

(число, місяць, рік)

3. Стать: чоловіча – 1, жіноча - 2

4. Місце проживання хворого (поштова адреса): країна _____

область _____ район _____

населений пункт _____

вулиця _____ будинок № _____ кв. № _____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2

6. Діагноз захворювання _____

(шифр за МКХ-10)

7. Дата встановлення діагнозу _____

(число, місяць, рік)

8. Діагноз установлено під час: звернення до лікаря – 1, профілактичного огляду – 2, обстеження в лікарні-3,

обстеження донорів – 4, обстеження вагітних – 5, обстеження осіб, які доставлені співробітниками МВС – 6,

обстеження контактних осіб - 7, інше - 8 (уписати) _____

9. Діагноз встановлено лікарем: дерматовенерологом – 1, урологом – 2, акушер-гінекологом – 3

10. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1; клінічно – 2,

іншим – 3 (уписати) _____

11. Дата відправлення повідомлення „_____” _____ 20_____ р.

**Прізвище, ім'я, по батькові та номер
контактного телефону лікаря,
який заповнив повідомлення** _____

(підпис)

Інструкція

щодо заповнення форми первинної облікової документації «Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уrogenітальний мікоплазмоз та трихомоніаз»

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 089-1/о „Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уrogenітальний мікоплазмоз та трихомоніаз”(далі – Повідомлення).

1. Повідомлення заповнюють відповідальні особи закладів охорони здоров'я усіх профілів, незалежно від форм власності та підпорядкування.

2. Повідомлення заповнюється лікарями тільки у випадку виявлення та підтвердження діагнозу хвороби, що передається переважно статевим шляхом, незалежно від обставин виявлення захворювання: при самостійному зверненні, профілактичному огляді, при обстеженні в лікарні, обстеженні донорів, вагітних, осіб, які доставлені співробітниками МВС, а також осіб, що перебували в контакті з хворим.

3. У випадку підозри хвороби, що передається переважно статевим шляхом, виявленої лікарями у т.ч. сімейними, фельдшерами, акушерами та іншим середнім медичним персоналом, Повідомлення не складається, а хворий направляється в територіальний дерматовенерологічний заклад (кабінет).

4. У верхньому лівому куті форми вказуються назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили Повідомлення, та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

5. Після заголовку вказується дата заповнення Повідомлення.

6. Далі наводиться найменування закладу охорони здоров'я, на адресу якого направляється Повідомлення (спеціалізований диспансер, кабінет). Якщо форма заповнюється у дерматовенерологічному диспансері, то в рядку назви закладу необхідно написати „Заповнено в диспансері”.

7. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я по батькові хворого.

8. У пункті 2 у цифровій формі зазначається дата народження - дві останні цифри: число, місяць та рік.

9. У пункті 3 зазначається стать хворого: чоловіча - 1, жіноча – 2.

10. У пункті 4 вказується повна поштова адреса постійного місця проживання хворого. Якщо хворий не має постійного місця проживання, то зазначаються найменування і місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому виявлено захворювання. Вони мають збігатися з відповідним записом у верхньому лівому куті форми.

11. У пункті 5 зазначається – мешканцем міста чи села є хворий.

12. У пункті 6 вказується клінічний діагноз захворювання відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ-10). Крім того, у кінці пункту вказується буквенно-цифровий шифр захворювання відповідно до МКХ-10.

13. У пункті 7 зазначається дата встановлення діагнозу: число, місяць, рік.

14. У пункті 8 вказуються обставини, за яких виявлено захворювання під час: самостійного звернення до лікаря – 1, профілактичного огляду – 2, обстеження в лікарні – 3, обстеження донорів – 4, обстеження вагітних – 5, обстеження осіб, які доставлені співробітниками МВС – 6, обстеження контактних осіб – 7, інше – 8.

15. У пункті 9 вказується спеціальність лікаря, яким виявлено захворювання: дерматовенерологом – 1, урологом – 2, акушер-гінекологом – 3.

16. У пункті 10 зазначається метод підтвердження діагнозу: лабораторно, клінічно (на підставі анамнезу), або іншими дослідженнями.

17. У пункті 11 вказується дата відправлення. Повідомлення має бути підписано лікарем, який його заповнив з зазначенням номера контактного телефону.

18. Форма №089-1/о заповнюється на кожне перше звернення хворого за медичною допомогою в даному календарному році з приводу хвороби, що передається переважно статевим шляхом в 2-х примірниках. Повідомлення в 3-х денний термін надсилається до районного (міського) дерматовенерологічного диспансеру, кабінету. Другий примірник – надсилається до територіальної санітарно-епідеміологічної станції за місцем проживання хворого протягом 24 годин з моменту встановлення діагнозу. Повідомлення реєструється лікарем в журналі із зазначенням дати встановлення діагнозу, дати відправлення Повідомлення і адреси, куди відправлена форма № 089-1/о.

19. Повідомлення має бути заповнено чітко і розбірливо. Заповнення пунктів 3, 5, 8, 9, 10 проводиться особою, яка заповнює Повідомлення та здійснюється шляхом заповнення чотирикутника, розміщеного в кінці вказаних пунктів.

20. Відповідальною за достовірність наведеної у Повідомленні інформації, є особа, що заповнила Повідомлення.

21. Повідомлення зберігаються протягом 3 років.

Інструкція

щодо заповнення форми первинного обліку № 089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву»

1. Форму первинного обліку №089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву» (далі - Повідомлення) заповнюють відповідальні особи лікувально-профілактичних закладів усіх профілів незалежно від форм власності та відомчої підпорядкованості, а саме: лікарень (включно з госпіталями), поліклінік (включно з стоматологічними), диспансерів, медсанчастин, клінік науково-дослідних інститутів, патолого-анатомічних бюро, бюро судмедекспертизи, санаторно-курортних закладів тощо (далі – заклади).
2. Повідомлення заповнюють на всіх хворих, яким уперше в житті встановлено діагноз активного туберкульозу або його рецидиву (тобто активізація перебігу туберкульозу в осіб, які раніше хворіли на туберкульоз і вважалисявилікуваними), незалежно від обставин виявлення хвороби - під час звернення з приводу захворювання, профілактичного огляду чи обстеження у стаціонарітощо.
Повідомлення заповнюють також на померлих, діагноз яким було встановлено лише після розтину.
3. Повідомлення заповнюється лікарем, який виявив захворювання на туберкульоз або його рецидив, незалежно від його спеціальності.
4. У верхньому лівому куті форми вказуються найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, у сфері управління якого перебуває заклад і відповідальні особи якого заповнили Повідомлення, їх найменування, повна поштова адреса та ідентифікаційний код відповідно до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).
5. Після заголовка Повідомлення обов'язково має бути вказана дата його заповнення.
6. Далі наводиться найменування закладу, на адресу якого направляється Повідомлення. Якщо форма заповнюється у протитуберкульозному диспансері, то замість назви необхідно написати: «Заповнено в диспансері».
7. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я та по батькові хворого.
8. У пункті 2 вказується стать хворого.
9. У пункті 3 вказується число років, що виповнилися хворому на момент звернення (для дітей віком до 1 року вказується число повних місяців).
10. У пункті 4 вказуються у цифровій формі число, місяць та рік первинного звернення до

лікаря з приводу активного туберкульозу або його рецидиву.

Якщо хворобу або підозру на неї виявлено під час профілактичного огляду, то вказується дата його проведення.

11. У пункті 5 вказується повна поштова адреса постійного місця проживання хворого. Якщо хворий не має постійного місця проживання, то зазначаються найменування і повна поштова адреса закладу, у якому виявлено захворювання. Вони мають збігатися з відповідним записом у верхньому лівому куті форми.
12. У пункті 6 вказується, де мешкає хворий: у місті чи в селі.
13. У пункті 7 вказується найменування закладу, у якому працює або навчається хворий. Для дитини, яка відвідує дитячий дошкільний заклад, вказується адреса цього закладу. Для тих, хто не працює та не навчається, проставляється прочерк.
14. У пункті 8 вказується спеціальність хворого, яку він має на момент виявлення захворювання. Для тих, хто не працює та не навчається, вказується, чи є ця особа пенсіонером, утриманцем, звільненим з місць позбавлення волі тощо.
15. У пункті 9 вказується, чи є хворий інвалідом, чи ні.
16. У пункті 10 вказується клінічний діагноз захворювання відповідно до Міжнародної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ-10). Крім того, у кінці пункту вказується цифровий код захворювання відповідно до МКХ-10.
17. У пункті 11 у цифровій формі зазначаються число, місяць та рік установлення діагнозу.
18. У пункті 12 вказуються обставини, за яких виявлено захворювання:
 - під час звернення до лікаря;
 - під час профілактичного огляду;
 - під час обстеження у стаціонарі;
 - під час обстеження осіб, що перебували в контакті з хворим;
 - під час розтину померлого;
 - уписуються інші обставини.
19. У пункті 13 зазначаються дослідження, за допомогою яких було підтверджено діагноз: клінічним (на підставі анамнезу), рентгенологічним, лабораторним, або вписуються назви інших досліджень.
 - 19.1. У підпункті «а» вказується, чи є у хворого бактеріовиділення.
 - 19.2. У підпункт «б» вказується метод його виявлення, а саме: бактеріологічний, бактеріоскопічний або гістологічний.
20. У пункті 14 вказується найменування лікувально-профілактичного закладу, до якого направлено хворого.

21. Після пункту 14 обов'язково мають бути вказані дата заповнення Повідомлення, прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який його заповнив, та його підпис.
22. Відповідальні особи закладів, що перебувають у сфері управління МОЗ України, протягом трьох днів після виявлення та реєстрації захворювання надсилають Повідомлення до районних або міських протитуберкульозних диспансерів за місцезнаходженням закладів.
23. Відповідальні особи протитуберкульозних районних диспансерів, відповідних відділень (кабінетів) центральних районних лікарень, центральних районних лікарень районів, які не мають протитуберкульозних закладів, що перебувають у сфері управління МОЗ України, контролюють своєчасне отримання та правильність заповнення Повідомлень, з метою уникнення дублювання зіставляють їх з картотекою хворих, що перебувають під диспансерним наглядом у цьому закладі (відділенні), та протягом місяця з моменту надходження Повідомлень або заповнення безпосередньо у диспансері (відділенні) надсилають їх до Республіканського Автономної Республіки Крим, обласних, Київського або Севастопольського міських протитуберкульозних диспансерів за місцезнаходженням закладу.
24. Відповідальні особи закладів, що перебувають у сфері управління міністерств (за винятком МОЗ України) та інших центральних органів виконавчої влади, суб'єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою, у місячний термін після виявлення та реєстрації захворювання надсилають Повідомлення до Республіканського Автономної Республіки Крим, обласних, Київського або Севастопольського міських протитуберкульозних диспансерів за місцезнаходженням закладу.
25. Повідомлення є основним обліковим документом для заповнення форми державної статистичної звітності № 8 «Звіт про захворювання на активний туберкульоз».
26. Повідомлення має бути заповнено чітко і розбірливо. Заповнення пунктів 2, 6, 9, 12 і 13 здійснюється шляхом підкреслювання наведеної відповіді. Показники вказаних пунктів кодуються особою, яка заповнює Повідомлення. Кодування здійснюється шляхом зазначення у чотирикутнику, розміщеному в кінці вказаних пунктів, відповідних кодів. Кодами є цифри, розміщені в кінці підкресленої відповіді.
27. виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила Повідомлення, із зазначенням дати внесення змін. Персональну відповідальність за достовірність наведеної у Повідомленні інформації згідно з чинним законодавством несе особа, що заповнила Повідомлення.
28. Повідомлення зберігаються протягом 3 років з моменту їх заповнення.

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 089-2/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

ПОВІДОМЛЕННЯ

про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом трихофітії, мікроспорії, фавуса, корости

„_____” _____ 20____ року.
(дата заповнення)

Повідомлення направлено до _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Стать: чоловіча – 1, жіноча - 2 3. Вік _____ 4. Дата звернення (профогляду) _____
(число, місяць, рік)

5. Місце проживання хворого (поштова адреса): країна _____

область _____ район _____

населений пункт _____

вулиця _____ будинок № _____ кв. № _____

6. Місце роботи, навчання хворого _____

7. Діагноз захворювання _____

_____ (шифр за МКХ-10)

8. Дата встановлення діагнозу _____
(число, місяць, рік)

9. Діагноз установлено під час: звернення до лікаря – 1, профілактичного огляду – 2, обстеження в лікарні – 3,
обстеження осіб, що перебували у контакті з хворим – 4, інше – 5 (уписати) _____

10. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1; клінічно – 2,
іншим – 3 (уписати) _____

11. Дата відправлення повідомлення „_____” _____ 20____ р.

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактної телефону лікаря, який заповнив повідомлення

(підпис)

Інструкція
щодо заповнення форми первинної облікової документації № 089-2/о
«Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом трихофітії,
мікроспорії, фавуса, корости.»

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 089-2/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом трихофітії, мікроспорії, фавуса, корости» (далі – Повідомлення).

1. Повідомлення заповнюють відповідальні особи закладів охорони здоров'я усіх профілів, незалежно від форм власності та підпорядкування.
2. Повідомлення заповнюють на всіх хворих, яким уперше в житті встановлено діагноз трихофітії, мікроспорії, фавуса, корости, незалежно від обставин виявлення хвороби під час: звернення з приводу захворювання, профілактичного огляду чи обстеження в лікарні тощо.
3. Повідомлення заповнюється лікарем дерматовенерологом у випадку підтвердження діагнозу; на хворих коростою може заповнювати середній медичний персонал.
4. Захворювання деякими грибковими захворюваннями, коростою можуть реєструватись неодноразово протягом життя хворого; кожне нове захворювання слід розглядати як уперше виявлене і на нього обов'язково заповнюється Повідомлення.
5. У верхньому лівому куті форми вказується назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили Повідомлення, та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).
6. Після заголовку вказується дата заповнення Повідомлення.
7. Далі наводиться найменування закладу охорони здоров'я, на адресу якого направляється Повідомлення (дерматовенерологічний диспансер, кабінет). Якщо форма заповнюється у дерматовенерологічному диспансері, то в рядку назви закладу необхідно написати: «Заповнено в диспансері».
8. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я по батькові хворого.
9. У пункті 2 вказується стать хворого.
10. У пункті 3 вказується вік хворого (для дітей віком до 1 року вказується число повних місяців).
11. У пункті 4 вказується дата звернення до лікаря: у цифровій формі дві останні цифри (число, місяць та рік). Якщо хворобу або підозру на неї виявлено під час профілактичного

- огляду, то вказується дата його проведення.
12. У пункті 5 вказується повна поштова адреса постійного місця проживання хворого. Якщо хворий не має постійного місця проживання, то зазначаються найменування і місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому виявлено захворювання. Вони мають збігатися з відповідним записом у верхньому лівому куті форми.
 13. У пункті 6 вказується місце роботи, навчання хворого. Для дитини, яка відвідує дитячий дошкільний заклад, вказується адреса цього закладу. Для тих, хто не працює та не навчається проставляється прочерк.
 14. У пункті 7 вказується клінічний діагноз захворювання відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ-10). У кінці пункту вказується буквено-цифровий шифр захворювання відповідно до МКХ-10.
 15. У пункті 8 у цифровій формі зазначаються число, місяць та рік установлення діагнозу.
 16. У пункті 9 вказуються обставини, за яких виявлено захворювання під час: самостійного звернення до лікаря – 1, профілактичного огляду – 2, обстеження в лікарні - 3, обстеження контактних осіб – 4, інше – 5.
 17. У пункті 10 зазначається метод, за допомогою якого було підтверджено діагноз: лабораторно, клінічно (на підставі анамнезу) або іншими дослідженнями.
 18. У пункті 11 вказується дата відправлення Повідомлення.
 19. Повідомлення підписується особою, що його заповнила із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові та номера контактної телефону.
 20. Форма № 089-2/о заповнюється на кожне перше звернення хворого за медичною допомогою в даному календарному році з приводу хвороби в 2-х примірниках. Повідомлення в 3-х денний термін надсилається до районного (міського) дерматовенерологічного диспансеру, кабінету. Другий примірник – надсилається до територіальної санітарно-епідеміологічної станції за місцем проживання хворого протягом 24 годин з моменту встановлення діагнозу.
 21. Повідомлення має бути заповнено чітко і розбірливо. Заповнення пунктів 2, 9, 10 проводиться особою, яка заповнює Повідомлення та здійснюється шляхом заповнення чотирикутника, розміщеного в кінці вказаних пунктів.
 22. Відповідальною за достовірність наведеної у Повідомленні інформації, є особа, що заповнила Повідомлення.
 23. Повідомлення зберігаються протягом 1 року.

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення	Форма первинної облікової документації № 090/о
Ідентифікаційний код ЄДРПОУ	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України

ПОВІДОМЛЕННЯ
про хворого у вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення

" _____ " _____ 20 _____ року
 (дата заповнення)

Місцезнаходження та заклад, куди направлено повідомлення _____
 (найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Стать: чоловіча – 1. жіноча – 2 3. Дата народження _____
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання (поштова адреса) хворого _____
 (країна, область, район, населений пункт, вулиця, буд. №, кв. №)
 5. Житель: міста – 1, села - 2

6. Місце роботи (спеціальність) _____

7. Група первинного обліку для потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС: ліквідатори – 1; евакуйовані – 2; населення, що проживає на території радіоекологічного контролю – 3; діти, які народились від батьків 1-3 груп первинного обліку, - 4

8. Діагноз _____
 (уточнений, із зазначенням локалізації первинної пухлини та рецидиву захворювання)

9. Діагноз підтверджений: гістологічно – 1, цитологічно – 2, рентгенологічно – 3, ендоскопічно – 4, радіоізотопним методом – 5, клінічним – 6, іншим – 7

10. Дата встановлення діагнозу _____
 (число, місяць, рік)

11. Обставини виявлення захворювання: при зверненні – 1, в оглядовому кабінеті – 2, при інших видах профогляду – 3, посмертно (без розтину) – 4, посмертно (на розтині) – 5

12. Найменування та місцезнаходження закладу, куди направлений хворий _____
 (найменування закладу охорони здоров'я)

13. Дата відправлення повідомлення " _____ " _____ 20__ р.

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який заповнив повідомлення _____
 (підпис)

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації N 090/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення»

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації N 090/о (za692-06) "Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення" (далі - Повідомлення).

1. Повідомлення (za692-06) заповнюють відповідальні особи закладів охорони здоров'я усіх профілів незалежно від підпорядкування та форм власності, а саме: лікарень (включно із госпіталями), поліклінік (включно зі стоматологічними), диспансерів, медсанчастин, клінік науково-дослідних інститутів, патологоанатомічних бюро, бюро судмедекспертизи, санаторно-курортних закладів тощо (далі - заклади).
2. Повідомлення (za692-06) заповнюється лікарем незалежно від його спеціальності, який виявив захворювання на рак або інше злоякісне новоутворення.
3. Повідомлення (za692-06) складають на всіх хворих, яким уперше в житті встановлено діагноз раку чи іншого злоякісного новоутворення, незалежно від обставин виявлення хвороби, а саме: під час звернення до поліклініки, при цільових та періодичних профоглядах, при диспансерному огляді, обстеженні в стаціонарі, під час операції тощо.
4. Повідомлення (za692-06) складається також на померлих, діагноз яким встановлено:
 - 4.1. Після смерті - на розтині чи без розтину.
 - 4.2. При перевірці даних лікарем-статистиком онкологічного диспансеру про померлих від злоякісного новоутворення за даними відділу реєстрації актів цивільного стану (ВРАЦС) і статистичних управлінь, якщо виявиться, що діагноз встановлений після смерті.
5. На померлих від злоякісних новоутворень, які не перебували за життя на обліку в онкологічному диспансері, на Повідомленні (za692-06) ставиться позначка "Взятий на облік посмертно" лікарем-патологоанатомом, судово-медичним експертом.
6. Повідомлення (za692-06) у триденний термін з моменту встановлення діагнозу лікарем, який уперше встановив діагноз, направляється в Республіканський Автономної Республіки Крим та обласні (міські) онкологічні диспансери, які обслуговують населення даної території.
7. На хворих із захворюваннями, підозрілими на рак (клінічна група 1-а), та з передпухлинними захворюваннями (клінічна група 1-б) Повідомлення (za692-06) не

складається.

8. У верхньому лівому куті форми вказуються назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, його найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса), відповідальні особи якого заповнили Повідомлення (za692-06), його ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

9. У Повідомленні (za692-06) обов'язково має бути вказана дата його заповнення.

10. Далі зазначається найменування закладу охорони здоров'я, на адресу якого направляється Повідомлення (za692-06), - онкологічні диспансери (Республіканський, обласні, міські). Якщо Повідомлення заповнюється в онкологічному диспансері і нікуди не направляється, то замість назви необхідно відмітити "Заповнено в диспансері".

11. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я та по батькові хворого (повністю, на підставі паспортних даних).

12. У пункті 2 відмічається стать хворого.

13. У пункті 3 зазначаються цифровим способом число, місяць і рік народження хворого.

14. У пункті 4 вказується повна поштова адреса постійного місця проживання хворого (країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок N, квартира N).

15. У пункті 5 відмічається, де мешкає хворий: у місті чи в селі. Хворих, що проживають в селищах міського типу, слід віднести до жителів міста.

16. У пункті 6 зазначаються місце роботи, основна професія, якій хворий віддав більшу частину свого трудового життя, в тому числі, якщо хворий в даний момент перебуває на пенсії, утриманні, звільнений з місць позбавлення волі тощо.

17. Пункт 7 заповнюється для потерпілих від наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції відповідно до групи первинного обліку на підставі посвідчення потерпілого: 1 - ліквідатор, 2 - евакуйований, 3 - мешканець, який проживає на території радіоекологічного контролю, 4 - дитина, яка народилась від батьків 1-3 груп первинного обліку.

18. У пункті 8 вказуються уточнений діагноз захворювання і точна локалізація пухлини відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі - МКХ-10). Крім того, у кінці пункту вказується цифровий код захворювання відповідно до МКХ-10.

19. У пункті 9 зазначаються методи, за допомогою яких було підтверджено діагноз: гістологічно, цитологічно, рентгенологічно, ендоскопічно, радіоізотопним методом, клінічно, іншим.

20. У пункті 10 у цифровій формі вказується дата встановлення діагнозу (число, місяць, рік).
21. У пункті 11 визначаються обставини виявлення захворювання: при зверненні (звернувся самостійно, при невідкладній допомозі тощо), виявлений на профогляді, в тому числі в оглядовому кабінеті, виявлений помертвено (без розтину чи на розтині).
22. У пункті 12 вказуються найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, до якого направлено хворого (на дообстеження чи лікування, якщо хворий відмовився від нього - зазначити причину).
23. У пункті 13 у цифровій формі вказується дата відправлення Повідомлення (за692-06).
24. У кінці Повідомлення (за692-06) повинні бути розбірливо вказані прізвище, ім'я та по батькові лікаря, який заповнив Повідомлення та його підпис.
25. Відповідальною за достовірність наведеної у Повідомленні (за692-06) інформації є особа, що заповнила його.
26. Повідомлення (за692-06) зберігаються протягом 1 року.

Найменування закладу _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
ФОРМА № 066/о
Затверджена наказом МОЗ України
26.07.99 р. № 184**СТАТИСТИЧНА КАРТА ХВОРОГО, ЯКИЙ
ВИБУВ ІЗ СТАЦІОНАРУ №**

1. Дата госпіталізації:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

2. Прізвище, ім'я, по батькові _____

3. Стать: чол. – 1, жін. – 2

4. Дата народження

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)5. Житель міста, смт – 1, села – 2

6. Проживає за адресою _____

(область, район, вулиця, будинок, квартира)

7. Ким направлений (медичний заклад) _____

8. Діагноз при направленні _____

9. Відділення госпіталізації _____

10. Профіль ліжок _____

11. Госпіталізація екстрена – 1, планова – 2 12. Строки госпіталізації (до 6 годин – 1; 7 – 24 год. – 2; пізніше 24 год. – 3)

13. Госпіталізація з приводу даного захворювання в даному році

вперше – 1, повторно – 2

14. Результат лікування:

выписаний(а) з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3, без

змін – 4; помер (ла) – 5; переведений(а) в інший лікувальний

заклад – 6; переведений(а) в інше відділення – 7; здоровий(а) – 8 (підкреслити)

15. Дата виписки, смерті:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

--	--

(час)

16. Проведено ліжко – днів _____

17. Діагноз стаціонару

Основний	Ускладнення	Супутні захворювання	Код основного діагнозу						
17а клінічний закліпочний			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
17б патолого- анатомічний			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

18. В випадку смерті (вказати причину):

I. Безпосередня причина смерті захворювання або ускладнення основного захворювання
за захворювання, яке визвало або обумовило
безпосередню причину смерті
основне захворювання вказується останнім

а) _____

б) _____

в) _____

II. Інші важливі захворювання, які сприяли смертельному результату, але не пов'язані з захворюванням або його ускладненням, які призвели до смерті

19. Хірургічні операції

Дата, час	Найменування операції (а)	Ускладнення (б)	
			19а
			19б

20. Обстежений на RW “_____” _____ 200 р.
на ВЛ “_____” _____ 200 р.21. Інвалід війни – 1; учасник війни – 2; потерпілий внаслідок аварії на
ЧАЕС – 3 (категорія _____ серія _____ посвідчення № _____)

Підпис лікаря _____

Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (форма № 066/о)

«Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару» (форма № 066/о) складається на підставі «Медичної карти стаціонарного хворого» (форма № 003/о) і являється статистичним документом, який містить відомості про хворого, що вибув із стаціонару (виписаного або померлого).

У карті обов'язково заповнюється кожний пункт. Винятком є пункт 18, що заповнюється на померлих та пункт 21 щодо інвалідів, учасників війни та потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Адресна частина статистичної карти хворого, який вибув із стаціонару (пункти 1- 13, пункт 21) заповнюється медичною сестрою приймального відділення одночасно з заповненням «Медичної карти стаціонарного хворого» (форма № 003/о), після чого форма

№ 066/о вкладається в медичну карту і зберігається у відділенні до виписки чи смерті хворого.

Карта заповнюється одночасно з записом епікризу в медичній карті стаціонарного хворого лікуючим лікарем на всіх хворих, які вибули із стаціонару (виписаних або померлих), в тому числі і на породіль, які виписані після нормальних пологів. Форма № 066/о заповнюється також на новонароджених, які вибули із стаціонару, що народились хворими або захворіли в стаціонарі.

У карті відображаються основні відомості про тривалість лікування хворого в стаціонарі, діагноз основного і супутніх захворювань, термін, характер і ефективність хірургічної допомоги, результати лікування тощо.

При переведенні хворого із одного відділення в інше цієї ж лікарні – карта хворого, який вибув із стаціонару, заповнюється в відділенні, із якого хворий вибув.

На картах хворих, яких госпіталізовано з приводу травм та отруень, повинна бути зроблена помітка щодо виду травми: виробнича, побутова, дорожньо-транспортна, шкільна, спортивна тощо.

«Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару» повинна бути підписана лікуючим лікарем (прізвище повністю, розбірливо).

На підставі «Статистичної карти хворого, який вибув із стаціонару» заповнюються відповідні розділи звітної форми № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу».

У тих випадках, коли в карті зазначено декілька діагнозів захворювань – в звіті дані щодо хворого будуть зазначені по одному із захворювань, яке послужило основною причиною госпіталізації.

Форма № 066/о не заповнюється на хворих, що переведені в інші стаціонари.

Примітка:

1. В рядку 1 «Дата госпіталізації» крім числа, місяця, року необхідно зазначити години та хвилини надходження хворого в стаціонар.

2. При наявності у хворого побічної дії лікарського засобу лікуючий лікар зазначає в пункті 17 прояв побічної дії як «основне», «супутнє» або «ускладнення основного захворювання» і підкреслює червоним кольором.

При розробці таких форм статистик, як виняток, має проводити їх подвійне кодування, з метою отримання інформації щодо побічної дії ліків.

Термін зберігання – 5 років.

4. Які пологи за рахунком_____.
5. Скільки в матері (батьків) живих дітей_____.
6. Дата останніх попередніх пологів (місяць, рік):_____р.
7. Число попередніх вагітностей, які закінчилися: народженням живої дитини_____,
мертвонародженням_____, мимовільним викиднем_____, штучним абортom_____.
8. Чим закінчилась попередня вагітність: народженням живої дитини, мертвонародженням,
мимовільним викиднем, штучним абортom (підкреслити).
9. Батьки дитини знаходяться: в зареєстрованому шлюбі, мати дитини в зареєстрованому
шлюбі не перебуває (підкреслити).
10. Якщо батьки відносяться до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської аварії, вказати
категорію та серію посвідчення:
 - а) мати: категорія_____серія_____;
 - б) батько: категорія_____серія_____.

М.П.

Лікар (фельдшер, акушерка) _____

(підпис)

До відома батьків:

Згідно з Кодексом про шлюб та сім'ю України, реєстрація дитини в органах реєстрації актів громадянського стану обов'язкова і повинна бути проведена не пізніше трьох місяців з дня народження дитини.

Інструкція про порядок заповнення та видачі медичного свідоцтва про народження (форма № 103/о-95)

Інструкція обов'язкова для всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої належності

I. Загальні положення.

1. Згідно ст.158 Кодексу про шлюб та сім'ю України (надалі Кодекс) народження дитини підлягає реєстрації в державних органах реєстрації актів громадянського стану.

В ст.159 Кодексу визначено, що акти громадського стану реєструються в районних центрах, районах міст Києва і Севастополя відділами реєстрації актів громадянського стану місцевих державних адміністрацій, у містах і в районах міст обласного підпорядкування відділами реєстрації актів громадянського стану виконавчих комітетів відповідних Рад народних депутатів, а в сільській місцевості і селищах – виконавчими комітетами сільських і селищних Рад народних депутатів. *

Згідно ст.163 Кодексу, реєстрація народження проводиться за місцем народження дитини або за місцем проживання її батьків чи одного з них за письмовою або усною заявою батьків, чи одного з них, а в разі смерті батьків або неможливості для них з інших причин зареєструвати народження – за заявою родичів, інших осіб або адміністрації лікувального закладу, в якому перебувала мати під час народження дитини.

*Згідно наказу МОЗ України № 65 від 04.04.00 р., зареєстрованого в Мінюсті 26.04.00 р. абзац другий пункту 1 розділу 1 викладено в такій редакції:

«У статті 159 Кодексу визначено, що акти громадянського стану реєструються у відділах реєстрації актів громадянського стану районних, районних у містах, міських (міст обласного значення) управлінь юстиції, у виконавчих органах сільських, селищних, міських (крім міст обласного значення) Рад, у консульських установах та дипломатичних представництвах України».

Заява про реєстрацію народження дитини повинна бути подана до органів реєстрації актів громадянського стану не пізніше трьох місяців з дня народження дитини, а при народженні мертвої дитини – не пізніше трьох діб (згідно ст.164 Кодексу).

2. Для забезпечення реєстрації народження дитини в органах реєстрації актів громадянського стану Міністерством охорони здоров'я України затверджено «Медичне свідоцтво про народження» наказом МОЗ України №124 від 03.07.95 р.
3. Реєстрація народження провадиться при пред'явленні медичного свідоцтва про народження, яке видається при виписці матері із стаціонару всіма закладами охорони здоров'я, де приймали пологи. У випадках пологів вдома медичне свідоцтво про

народження видає той заклад охорони здоров'я, медичний працівник якого (лікар, фельдшер, акушерка) приймав пологи.

У разі народження дитини поза лікувальним закладом без надання медичної допомоги при пологах – медичне свідоцтво про народження видає заклад охорони здоров'я відповідно до встановленого порядку**.

4. При багатоплідних пологах медичне свідоцтво про народження заповнюється на кожну дитину окремо.
5. Медичне свідоцтво про народження видається батькам або іншим особам (згідно пункту I даної Інструкції), що будуть проводити реєстрацію народження під розписку на корінці свідоцтва про народження, який залишається в закладі охорони здоров'я.

Примітка: У випадках смерті дитини в період 0-6 діб заповнюється «Медичне свідоцтво про народження дитини» (форма № 103/о-95) і «Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть» (форма № 106-2/о-95). Обидва документи реєструються в органах реєстрації актів громадського стану закладом охорони здоров'я.

6. Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я повинен забезпечити контроль за правильним заповненням і своєчасною видачею медичних свідоцтв про народження.

** Згідно наказу МОЗ України № 331 від 28.10.96 р., зареєстрованого в Мінюсті 18.12.96 р. абзац другий пункту 3 розділу I викладено в такій редакції:

«У виняткових випадках у разі народження дитини вдома чи іншому місці без надання медичної допомоги реєстрація народження дитини проводиться органами реєстрації актів громадянського стану. Факт народження дитини в таких випадках підтверджується підписами двох свідків, а також медичною довідкою про перебування дитини під наглядом лікувального закладу (форма № 103-1/о-96)».

7. У випадках втрати медичного свідоцтва про народження видається нове свідоцтво з поміткою «дублікат» на підставі письмової заяви особи, яка звернулася у заклад охорони здоров'я за дублікатом медичного свідоцтва про народження.
8. Бланки медичних свідоцтв про народження з корінцями до них збираються в Книжки обліку бланків медичного свідоцтва про народження (надалі Книжка) і зберігаються у головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я або його заступника. Книжка прошивається, а свідоцтво і корінці до них нумеруються: спочатку проставляється номер закладу за Державним реєстром звітних статистичних одиниць України, а через дріб – порядковий номер медичного свідоцтва.

Корінці медичних свідоцтв про народження зберігаються один рік після закінчення календарного року, в якому видано медичне свідоцтво, після чого підлягають знищенню згідно чинного законодавства.

9. Невірно заповнені примірники медичних свідоцтв про народження закреслюються і залишаються в Книжці. Робиться запис «анульовано».

II. Порядок заповнення медичних свідоцтв про народження.

1. Медичні свідоцтва про народження заповнюються ручкою, розбірливим почерком.
2. В медичному свідоцтві про народження лікар (фельдшер, акушерка) записують повне найменування медичного закладу, його поштову адресу, прізвище, ім'я, по-батькові лікаря (фельдшера, акушерки), який видав медичне свідоцтво.
3. Особа, яка заповнює свідоцтво про народження, засвідчує факт народження живої дитини: (прізвище, ім'я, по-батькові), місце народження, докладно дату народження (рік, місяць, число, година), стать дитини, а також прізвище, ім'я, по-батькові матері дитини та місце її проживання; підпис лікаря, який видав свідоцтво, підпис особи, яка отримала свідоцтво.
4. В корінці робиться запис, який повністю відповідає записам в свідоцтві і відмічається дата видачі (чи дата передачі в органи реєстрації актів громадянського стану медичного свідоцтва про народження дитини медичним закладом).
5. З метою порівняння статистичних показників в міжнародній практиці згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я в свідоцтво про народження введені спеціальні відомості – розділі другому пунктах 1-9.

Ці відомості заповнюються на підставі документів, які ведуться в медичних закладах, а саме: «Історії пологів» (форма № 096/о), «Історії розвитку новонародженого» (форма № 097/о) та інші.

6. Якщо батьки відносяться до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської аварії, в пункті 10 другого розділу для кожного із батьків треба вказати категорію та серію посвідчення. В разі непричетності одного з батьків до осіб, що постраждали від Чорнобильської аварії, в пункті 10 треба відмітити «не постраждав». Категорія та серія визначена в посвідченні згідно Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чоробильської катастрофи».
7. Запис про видачу медичного свідоцтва про народження з зазначенням його номера і дати видачі повинен бути зроблений в «Історії розвитку новонародженого» (форма № 097/о), в випадках мертвонародження – в «Історії пологів» (форма № 096/о).

<p>Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування у сфері управління яких перебуває заклад, _____</p> <p>Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення, _____</p> <p>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____</p>	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації</p> <p style="text-align: center;">№ 106/о</p> <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України 08.08. 2006 № 545</p>
---	---

Лікарське свідоцтво 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 -----

Довідка про причину смерті

(до форми № 106 / о № _____, 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, ім'я, по батькові лікаря, який видав довідку _____

“ ____ ” _____ 20 ____ р.

М.П.

(дата видачі)

_____ (підпис лікаря)

9. Смерть настала внаслідок: захворювання – 1, неуточної причини смерті – 2, нещасного

випадку поза виробництвом – 3, нещасного випадку у зв'язку з виробництвом – 4, навмисного самоушкодження -5, нападу з метою убивства чи нанесення ушкодження – 6, випадків ушкодження з невизначеним наміром – 7, ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій – 8, ускладнення внаслідок терапевтичної 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 _____,
(прізвище, ім'я, по батькові)

посада _____,

засвідчую, що на підставі: огляду трупа – 1, записів лікаря в медичній документації – 2, попереднього нагляду 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) _____
(безпосередня причина смерті)

б) _____

в) _____

г) _____

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).

Підпис лікаря, який
заповнив свідоцтво

(прізвище, ім'я, по батькові одержувача)

М.П.

(підпис)

“ _____ ” _____ 20 ____ р.

Інструкція
щодо заповнення та видачі лікарського свідоцтва про смерть
(форма № 106/о)

Інструкція обов'язкова для всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності, бюро судово-медичної експертизи, патолого-анатомічних бюро.

1. Загальні положення

- 1.1. Для забезпечення реєстрації смерті в органах реєстрації актів цивільного стану закладом охорони здоров'я видається лікарське свідоцтво про смерть (форма № 106-о).
- 1.2. Лікарське свідоцтво про смерть видається такими закладами охорони здоров'я: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, диспансерами, пологовими будинками, санаторіями, патолого-анатомічними бюро, бюро судово-медичної експертизи.
- 1.3. 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/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.

2. Порядок видачі лікарського свідоцтва про смерть

- 2.1. Перший примірник лікарського свідоцтва про смерть видається родичам померлого чи іншим особам, які зобов'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.
У разі загублення лікарського свідоцтва про смерть видається нове 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 дублікату видається родичам померлого або особі, яка зобов'язалася поховати померлого, другий примірник разом із заявою про його отримання залишаються в закладі охорони здоров'я.
- 2.2. 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.

2.3. У разі, якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруень тощо), після штучного абортів, 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.

2.4. 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.

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

Патолого-анатомічне дослідження може не призначатися у випадках, передбачених статтею 6 Закону України «Про поховання та похоронну справу». У цих випадках лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем, під наглядом якого був померлий.

2.5. 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.

2.6. 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 з 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 причини смерті. В інших випадках повторно лікарське свідоцтво про смерть родичам не видається.

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

2.8. 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 у лікарські свідоцтва про смерть.

3. Порядок заповнення лікарського свідоцтва про смерть

3.1. Бланки обох примірників лікарських свідоцтв про смерть брошуруються і у вигляді книги зберігаються у головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я, його заступника або в завідувача районного, міжрайонного та міського відділу або відділення патолого-анатомічного бюро та бюро судово-медичної експертизи.

3.2. Лікарське свідоцтво про смерть заповнюється у 2 примірниках формату А4 з обох боків.

3.3. При заповненні бланка підпорядкування медичного закладу зазначається у відповідності до відомчої підпорядкованості.

3.4. У верхньому кутку штампа обов'язково проставляється ідентифікаційний код ЄДРПОУ закладу охорони здоров'я.

3.5. Лікарські свідоцтва про смерть нумеруються шляхом зазначення порядкового номера

свідоцтва. Номери на обох примірниках свідоцтва мають бути ідентичними.

3.6. Заповнення лікарського свідоцтва про смерть провадиться шляхом підкреслювання, вписання необхідних відомостей та заповнення вічок відповідними позначеннями.

3.7. 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 місцезнаходження медичного закладу.

3.8. Лікарське свідоцтво про смерть заповнюється кульковою ручкою розбірливим почерком. Запис в обох примірниках має бути повністю ідентичним.

3.9. Заповненню підлягають усі пункти лікарського свідоцтва про смерть. При відсутності тих чи інших відомостей потрібно зазначити: «невідомо», «не встановлено».

3.10. Пункт 9 лікарського свідоцтва про смерть заповнюється таким чином:

- якщо основна причина смерті кодується в межах I–XVII класів за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі-МКХ-10), вибирається - 1 (захворювання);
- якщо основна причина смерті кодується в межах XVIII класу за МКХ-10, вибирається - 2 (неуточнені причини смерті);
- якщо основна причина смерті кодується в межах класів V01–X59 за МКХ-10, вибирається - 3, 4 (нещасний випадок поза виробництвом, нещасний випадок у зв'язку з виробництвом);
- якщо основна причина смерті кодується в межах класу X60–X84 за МКХ-10, вибирається - 5 (навмисне самоушкодження);
- якщо основна причина смерті кодується в межах класів X85–Y09 за МКХ-10, вибирається - 6 (наслідки нападу);
- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y10–Y34 за МКХ-10, вибирається - 7 (випадки ушкодження з невизначеним наміром);
- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y35–Y36 за МКХ-10, вибирається - 8 (ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій);
- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y40–Y84 за МКХ-10, вибирається - 9 (ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної допомоги);
- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y85–Y89 за МКХ-10, вибирається - 10 (віддалені наслідки зовнішніх причин захворюваності та смертності).

3.11. У пункті 11 лікар указує 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 частині I пункту 11 у рядку “а” записується хвороба або стан, що безпосередньо призвела до смерті, у рядках “б”, “в”, “г” зазначаються патологічні стани (якщо такі були), що зумовили безпосередню причину смерті (згадану вище); основна причина смерті вказується в останню чергу. Під безпосередньою причиною смерті потрібно розуміти хворобу або стан, що безпосередньо викликали смерть.

У деяких випадках основне захворювання і безпосередня причина смерті можуть збігатися.

У кожному рядку повинно бути записано тільки одне захворювання або патологічний стан.

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.

3.12. 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.

3.13. При заповненні пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть на померлу вагітну, роділлю чи породіллю рекомендується робити запис у такому порядку:

- у випадках смерті внаслідок акушерських ускладнень вагітності, пологів чи післяпологового періоду, а також унаслідок втручань, неправильного ведення пологів і таке інше відомості про причину смерті записуються в першій частині в рядках «а», «б», «в», «г». Запис повинен чітко вказувати на зв'язок з вагітністю, пологами чи післяпологовим періодом;
- у випадку смерті вагітної, роділлі чи породіллі внаслідок хвороби, яка існувала в неї

раніше або виникла в період вагітності, яка не пов'язана безпосередньо з акушерською причиною, але обтяжена фізіологічним впливом вагітності, або нещасного випадку, відомості про причину смерті записуються в частині I, рядках «а», «б», «в», «г», але при цьому в II частині обов'язково робиться запис про вагітність та її термін;

- у всіх випадках смерті жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді в межах 42 днів після пологів у частині II пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть робиться запис: «___ тиждень вагітності», «___ день післяпологового періоду», а якщо смерть жінки настала внаслідок причини, пов'язаної з пологами після 42-го дня до одного року, то робиться запис: «тиждень після пологів».

3.14. У випадках смерті від травм у пункті 11 коди зовнішніх причин (V01-Y89) слід застосовувати як основні коди для кодування.

Рекомендується вживати коди з класу XIX (S00-T98) як додаткові з метою ідентифікації характеру травми. У свідоцтві про смерть проставляються обидва коди.

Якщо у свідоцтві згадується більше ніж один різновид травми для тієї самої ділянки тіла в межах кодових діапазонів S00-S99, T08-T35, T66-T79 і при цьому не вказано чітко, яка саме травма стала причиною смерті, то слід застосовувати загальний принцип.

Приклад 1:

- I. а) Геморагічний шок
- б) Гостра крововтрата
- в) Розрив печінки (S36.1)
- г) Наїзд автобуса на пішохода на шосе (V04.1)
- II. -----

Основна причина смерті повинна бути зашифрована – наїзд автобуса на пішохода на шосе (V04.1).

Приклад 2:

- I. а) Перитоніт
- б) Розрив шлунка та поперечної ободової кишки (S36.3)
- в) Травмований пішохід (V09.3)
- г) -----
- II. -----

Основна причина смерті – травмований пішохід (V09.3).

У пункті 12 потрібно точно вказати дату травми: рік, місяць, число, а також обставини і місце смерті.

3.15. Якщо померлий належить до осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи,

у пункті 13 лікарського свідоцтва про смерть потрібно зазначити категорію та серію посвідчення. Ці відомості записуються на підставі посвідчення померлого, виданого у відповідності до Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

- 3.16. Обидва примірники лікарського свідоцтва про смерть підписують лікар, який особисто його заповнив, і особа, яка звернулась до закладу охорони здоров'я за документом. Обов'язково проставляється дата заповнення свідоцтва.
- 3.17. Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть (його дата, номер, причина смерті) повинен бути зроблений у відповідних медичних документах: «Медичній карті стаціонарного хворого» (форма № 003/о), «Історії пологів» (форма № 096/о), «Протоколі/карті патолого-анатомічного дослідження» (форма № 013/о), які затверджені наказом МОЗ України від 26.07.99 № 184 «Про затвердження форм облікової медичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів», «Медичній карті амбулаторного хворого» (форма № 025/о), яка затверджена наказом МОЗ України від 27.12.99 № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)», «Акті судово-медичного дослідження (обстеження)» (форма № 171/о), який затверджено наказом МОЗ України від 05.08.99 № 197 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в закладах охорони здоров'я».
- 3.18. Свідоцтво засвідчується круглою печаткою закладу тільки після того, як воно було перевірено відповідальним лікарем, про що він робить запис у вищезазначених медичних документах.
- 3.19. Довідку про причину смерті заповнює лікар і видає родичам померлого чи іншим особам для поховання. Вона заповнюється в одному примірнику. Номери довідки про причину смерті і лікарського свідоцтва про смерть мають бути ідентичними. Довідка завіряється круглою печаткою закладу.

		Код форми за ЗКУД						
		Код закладу за ЗКПО						
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ						
Найменування закладу		ФОРМА № 1 0 6 - 2/ о - 9 5						
Ідентифікаційний код за ЄРДПОУ		Затверджена наказом МОЗ України						
		0 3. 0 7. 9 5 р. № 1 2 4						
Корінець лікарського свідоцтва про перинатальну смерть до ф. № 106-2/о-95 № _____ (остаточне, попереднє, замість попереднього № _____) Дата видачі " ____ " _____ 20 ____ р.								
1 - мертвонароджений 2. – вмер на 1-му тижні життя								
1. Прізвище, ім'я, по батькові матері _____								
2. Прізвище, ім'я, по батькові померлої дитини _____								
3. Дата пологів _____ 4. Дата смерті _____ 5. Вік _____ днів								
6. Смерть настала: в стаціонарі, вдома, в іншому місці (підкреслити)								

..... лінія відрізу.....

		Код форми за ЗКУД						
		Код закладу за ЗКПО						
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ						
Найменування закладу		ФОРМА № 1 0 6 - 2/ о - 9 5						
Ідентифікаційний код за ЄРДПОУ		Затверджена наказом МОЗ України						
		0 3. 0 7. 9 5 р. № 1 2 4						
Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть № _____ (остаточне, попереднє, замість попереднього № _____) Дата видачі " ____ " _____ 20 ____ р.								
1 - мертвонароджений 2. – вмер на 1-му тижні життя								
1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого _____								
2. Стать: чол. – 1, жін. – 2 (підкреслити)								
3. Дата народження (мертвонародження): рік _____ місяць _____ число _____ година _____								
3. Дата смерті: рік _____ місяць _____ число _____ година _____								
5. Місце смерті (мертвонародження):								
а) Держава _____, республіка, область _____								
район _____ місто – 1, село – 2 (підкреслити) _____								
б) смерть настала в стаціонарі-1, вдома-2, в іншому місці-3 (підкреслити) _____								
6. Прізвище, ім'я, по батькові матері _____								
7. Рік народження матері _____ 8. Національність _____								
9. Сімейний стан: перебуває в шлюбі - 1, не перебуває в шлюбі - 2 (підкреслити)								
Для перебуваючих у шлюбі: дата укладання шлюбу _____								
Прізвище, ім'я, по батькові чоловіка _____								
(відомості заповнені на підставі запису в паспорті матері, зі слів матері (підкреслити))								
10. Місце постійного проживання матері померлої дитини (мертвонародженого) _____								
Держава _____ республіка, область _____ район _____								
місто-1, село-2 _____, вул. _____, буд. _____, кв. _____								
11. Місце роботи матері, зайнятість по цьому місцю роботи (посада або здійснювана робота) _____								
12. Кількість попередніх вагітностей _____, з них пологи живим плодом _____, пологи мертвим плодом _____, аборти _____.								
13. Тривалість теперішньої вагітності _____ тижнів								
14. Пологи прийняли: лікар – 1, акушерка – 2, фельдшер – 3, інші – 4 (підкреслити)								
15. Як закінчилася попередня вагітність: пологи живим плодом-1, пологи мертвим плодом-2, аборт-3								

7. Причини перинатальної смерті: _____

а) _____

б) _____

в) _____

г) _____

д) _____

8. Прізвище лікаря, який видав свідоцтво про смерть _____ Підпис _____

9. Зареєстровано в органах реєстрації актів громадянського стану , акт № _____ дата _____

Підпис _____

16. Дородова допомога (два або більше відвідувань) так – 1, ні – 2 , невідомо –3

17. Нормальні самовільні пологи в передлежанні голівкою : так – 1, ні – 2 (підкреслити)

18. Дитина (плід) народилась при одноплідних пологах – 1, першим із двійнят – 2, другим із двійнят – 3, інших багатоплідних пологах – 4 (підкреслити)

19. Вага дитини (плоду) при народженні _____ гр.

20. Зріст дитини (плоду) _____ см

21. Дитина (плід) народилася : доношена – 1, недоношена – 2, переносена – 3 (підкреслити)

22. Дитина (плід) народилася: мацерована – 1, в асфіксії – 2 (підкреслити)

23. Смерть дитини (плоду) настала: від захворювання – 1, нещасного випадку –2, вбивства – 3, причина смерті не встановлена (підкреслити)

25. Причина перинатальної смерті:

а) основне захворювання або стан дитини (плоду), які стали причиною смерті (вказується одне захворювання)

б) інші захворювання або стан дитини (плоду) _____

в) основне захворювання або стан матері (стан посліду), яке обумовило причину смерті дитини (плоду)

г) інші захворювання або стан матері (стан посліду), які обумовили причину смерті дитини (плоду)

д) інші стани, які сприяли смерті _____

26. Причина смерті (мертвонародження) встановлена:

а) лікарем, який засвідчив смерть – 1, лікарем, який приймав пологи – 2, лікарем-педіатром, який лікував дитину - 3, патологоанатомом - 4, судово-медичним експертом – 5 (підкреслити)

б) на підставі огляду трупа–1, запису в медичній документації–2, попереднього спостереження–3, розтину–4

27. Якщо батьки (один із батьків) відносяться до осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, вказати категорію та серію посвідчення:

а) мати: категорія _____ серія _____

б) батько: категорія _____ серія _____

28. Прізвище, ім'я, по батькові, посада лікаря, який видав свідоцтво _____

Підпис лікаря _____ **Головний лікар**
закладу охорони здоров'я _____
(прізвище)

М.П. " _____ " _____ 20 _____ р.

Інструкція про порядок заповнення і реєстрації випадків смерті дітей в перинатальному періоді (Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть)

Інструкція обов'язкова для всіх лікарів лікувально-профілактичних закладів, закладів судово-медичної експертизи незалежно від відомчої належності.

I. Загальні положення.

1. Згідно ст.158 Кодексу про шлюб та сім'ю України (надалі Кодекс) смерть дитини підлягає реєстрації в державних органах реєстрації актів громадянського стану.

В ст.159 Кодексу зазначено, що акти громадянського стану реєструються в районних центрах, районах міста Києва і Севастополя відділами реєстрації актів громадянського стану, місцевих державних адміністрацій, у містах і в районах міст обласного підпорядкування – відділами реєстрації актів громадянського стану виконавчих комітетів відповідних Рад народних депутатів, а в сільській місцевості і селищах - виконавчими комітетами сільських і селищних Рад народних депутатів*.

2. Реєстрація народження мертвої дитини повинна бути зроблена не пізніше 3-х діб з моменту пологів.

Реєстрація смерті дитини у віці 0-6 діб в органах реєстрації актів громадянського стану проводиться одночасно з реєстрацією її народження не пізніше 3-х діб з дня настання смерті.

*Згідно наказу МОЗ України за №65 від 04.04.00 р., зареєстрованого в Мінюсті 26.04.00 р. абзац другий пункт 1 розділу I викладено в такій редакції:

«У статті 159 Кодексу визначено, що акти громадянського стану реєструються у відділах реєстрації актів громадянського стану районних, районних у містах, міських (міст обласного значення) управлінь юстиції, у виконавчих органах сільських, селищних, міських (крім міст обласного значення) Рад, у консульських установах та дипломатичних представництвах України».

3. Відповідальність за повідомлення в органи реєстрації актів громадянського стану про народження мертвої дитини, про народження та смерть дитини, яка померла на першому тижні життя, покладається на головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я:

а) де знаходилась мати під час пологів;

б) де вмер новонароджений;

в) на заклад, лікарі якого надавали медичну допомогу при пологах вдома або встановили смерть новонародженого вдома;

г) у випадку встановлення факту смерті дитини поза лікарняним закладом (на вулиці, вдома та інші) – на керівника судово-медичної експертизи.

4. Для забезпечення реєстрації смерті в перинатальному періоді, Міністерством охорони здоров'я затверджено «Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть» (форма № 106-2/о-95 наказом МОЗ України № 124 від 03.07.95 р.).

II. Порядок оформлення лікарського свідоцтва про перинатальну смерть.

1. Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть заповнюється всіма закладами охорони здоров'я: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, лікарнями швидкої медичної допомоги, пологовими будинками, бюро судово-медичної експертизи, патологоанатомічними бюро – на кожний випадок мертвонародження або смерті дитини на першому тижні життя (0-6 діб або 168 годин після народження).
2. У випадку смерті дітей (плодів) при багатоплідних пологах, лікарське свідоцтво про перинатальну смерть заповнюється на кожну дитину (плід) окремо.
3. У всіх випадках перинатальної смерті дитини (плода) в стаціонарі або вдома для встановлення причини смерті дитини (плода) проводиться розтин.
4. Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть і корінець до нього оформлюється патологоанатомом в день розтину, клінічні дані про патологію матері дитини (плода) під час вагітності і пологів беруться з медичної документації: «Історії пологів» – форма № 096/о, «Карти розвитку новонародженого» – форма № 097/о.

Примітка: Якщо дитина народилась без допомоги медичного персоналу або у випадку смерті дитини на першому тижні життя, якщо вона не була під наглядом медичних працівників, розтин проводить судово-медичний експерт, він же заповнює лікарське свідоцтво про перинатальну смерть згідно Кримінально-процесуального Кодексу, наказу МОЗ України № 6 від 17.01.95 р.

5. Забороняється заповнювати лікарське свідоцтво про перинатальну смерть заочно, без особистого встановлення факту смерті та розтину.
6. Реєстрація в органах реєстрації актів громадянського стану мертвонароджених і дітей, які померли в перші 0-6 діб після народження, проводиться закладом охорони здоров'я, в якому народився мертвонароджений, помер новонароджений. При пологах, які приймали вдома, реєстрація проводиться закладом охорони здоров'я, медичний працівник якого приймав пологи або констатував смерть новонародженого; у випадку, який зазначений в примітці пункту 4 – бюро судово-медичної експертизи.

У випадках, коли проводиться розтин в централізованому патологоанатомічному відділенні, місцеві органи охорони здоров'я спеціальним розпорядженням встановлюють порядок передачі лікарських свідоцтв про перинатальну смерть, заповнених лікарями вказаних відділень, в заклади охорони здоров'я, звідки були доставлені померлі (мертвонароджені), для того, щоб останні забезпечили їх реєстрацію в органах реєстрації

актів громадянського стану.

Примітка: Поховання трупів мертвонароджених дітей і дітей, які вмерли на першому тижні життя, проводиться закладом охорони здоров'я. При наполегливому бажанні батьків провести поховання дитини, яка вмерла в перинатальному періоді, труп може бути виданий після реєстрації закладом охорони здоров'я смерті (мертвонародження) в органах реєстрації актів громадянського стану.

7. Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть може бути подано в органи реєстрації актів громадянського стану з позначкою «остаточне», «попереднє», «замість попереднього». Як правило, лікарські свідоцтва про перинатальну смерть подаються з позначкою «остаточне», але з метою забезпечення більшої достовірності реєстрації причин смерті і щоб не затримувати реєстрацію смерті в органах реєстрації громадянського стану дозволяється подавати лікарське свідоцтво з позначкою «попереднє» (наприклад, якщо виникне необхідність в додаткових дослідженнях або причина смерті не встановлена, але потім може бути уточнена).

Примітка: Якщо було видано лікарське свідоцтво про перинатальну смерть з поміткою «остаточне», але потім виявилась помилка в записі діагнозу, необхідно заповнити нове лікарське свідоцтво з підписом, зробленим від руки, «взамін остаточного лікарського свідоцтва про перинатальну смерть №» – і направити закладами охорони здоров'я у відповідні місцеві органи статистики протягом місяця з моменту заповнення першого лікарського свідоцтва.

8. Бланки лікарських свідоцтв про перинатальну смерть з корінцями до них, зброшуровані в Книжки обліку бланків лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (надалі Книжка), зберігаються у головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я або його заступника. Книжки прошиваються, а лікарські свідоцтва і корінці до них нумеруються: спочатку проставляється номер закладу за Державним реєстром звітних статистичних одиниць України, а через дріб – порядковий номер лікарського свідоцтва.
9. Корінці лікарських свідоцтв про перинатальну смерть підлягають зберіганню по місцю заповнення їх на протязі одного року після закінчення календарного року, в якому видано свідоцтво, після чого підлягають знищенню згідно чинного законодавства.
10. Невірно заповнені примірники лікарських свідоцтв про перинатальну смерть і відповідні корінці до них перекреслюються, робиться запис «анульовано» і залишаються в книжці.
11. Номер лікарського свідоцтва про перинатальну смерть і причина смерті, яка записана в лікарському свідоцтві, повинні бути вказані в «Карті розвитку новонародженого» (формі №097/о); у випадку мертвонародження – в «Історії пологів» (формі №096/о). В цих же документах повинно бути зазначено, де проведена реєстрація смерті, номер і дата запису

акту про народження і смерть.

III. Порядок заповнення лікарського свідоцтва про перинатальну смерть.

1. Лікарські свідоцтва про перинатальну смерть заповнюється ручкою, розбірливим почерком.
2. Заповнення свідоцтва про перинатальну смерть проводиться шляхом вписання необхідних відомостей або підкреслюванням відповідних позначень.
3. Перед заповненням на лікарському свідоцтві про перинатальну смерть та на корінці проставляється номер закладу за Державним реєстром звітних статистичних одиниць України і через дріб – порядковий номер лікарського свідоцтва, а також робиться відмітка про характер лікарського свідоцтва: «остаточне», «попереднє», «замість попереднього».
4. Слід заповнювати всі пункти лікарського свідоцтва, а при відсутності тих чи інших відомостей слід записати «невідомо», «не визначено».
5. Повна і детальна форма запису причини перинатальної смерті необхідна для того, щоб забезпечити розробку численних причин перинатальної смертності, яку Мінстат України здійснює в рамках Державної статистики причин смерті населення. Пункт 25 лікарського свідоцтва про перинатальну смерть заповнюється відповідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я і передбачає запис як причини смерті дитини (плоду), так і патології з боку материнського організму, яка виявила несприятливу дію на плід.

Запис причини смерті дитини (мертворожденного) проводиться в п'яти розділах пункту 25, зазначених буквами від «а» до «д».

В рядок «а» вносять основне захворювання або патологічний стан новонародженого (плоду), які обумовили смерть; в рядок «б» – інші захворювання або патологічні стани у дитини, які сприяли смерті; в рядок «в» – основне захворювання (або стан) матері, яке виявило найбільш несприятливу дію на новонародженого (плід); в рядок «г» записують інші захворювання матері (або стан матері, посліда), які могли сприяти смерті дитини (плоду). В рядок «а» і «в» записуються тільки один діагноз. Якщо встановити захворювання (стан) матері або стан посліда, які могли б виявляти несприятливу дію на дитину (плід), неможливо, слід записати в рядок «в» і «г» – «не відомі», «не встановлені». Рядок «д» передбачений для констатації обставин, які виявили вплив на смерть, але не можуть бути кваліфіковані як хвороба або патологічний стан матері або дитини. В цьому рядку можуть бути записані операції, оперативна допомога, здійснені з метою родорозрішення.

Примітка: При смерті від сторонньої причини в рядку «а» показується безпосередня причина смерті дитини. Наприклад, переохолодження, опік, закупорка дихальних шляхів

їжею, перелом черепа; в рядку «в» – обставини, які обумовили безпосередню причину смерті.

6. Якщо батьки відносяться до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської аварії, потрібно в пункті 27 лікарського свідоцтва про перинатальну смерть зазначити окремо для матері та батька категорію та серію посвідчення.

В разі непричетності одного з батьків до осіб, що постраждали від Чорнобильської аварії, потрібно записати в пункті 27 «не постраждав».

Категорія та серія посвідчення встановлена згідно з Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

7. Записи на корінці лікарського свідоцтва про перинатальну смерть повинні повністю відповідати аналогічним записам самого лікарського свідоцтва.

		Код форми за ЗКУД							
		Код закладу за ЗКПО							
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ							
Найменування закладу		ФОРМА № 1 0 6 - 1/о - 9 5							
Ідентифікаційний код за ЄРДПОУ		Затверджена наказом МОЗ України							
		0 3. 0 7. 9 5 р. № 1 2 4							
Корінець фельдшерської довідки про смерть									
до форми № 106-1/о-95 № _____									
Дата видачі " _____ " _____ 20 _____ р.									
1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого _____									
2. Вік _____ Дата смерті _____ (число, місяць, рік)									
4. І. Причина смерті :									
а) _____									
б) _____									
II. _____									
Прізвище, ім'я, по батькові фельдшера, який видав довідку про смерть _____									
Дата " _____ " _____ 20 _____ р. Підпис одержуючого довідку _____									

..... **лінія відрізу**.....

		Код форми за ЗКУД							
		Код закладу за ЗКПО							
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ							
Найменування закладу		ФОРМА № 1 0 6 - 1/о - 9 5							
Ідентифікаційний код за ЄРДПОУ		Затверджена наказом МОЗ України							
		0 3. 0 7. 9 5 р. № 1 2 4							
Фельдшерська довідка про смерть № _____									
Дата видачі " _____ " _____ 20 _____ р.									
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 в віці від 6 днів до 1 місяця: доношений – 1, недоношений – 2 (підкреслити)									
6. Для дітей, які померли в віці від 6 днів до 1 року:									
а) маса (вага) при народженні _____ г,									
б) зріст при народженні _____ см.									
7. Місце постійного проживання померлого:									
Держава _____, республіка, область _____									
район _____ місто – 1, село – 2 (підкреслити) _____ (вписати)									
вул. _____, буд. _____, кв. _____									
8. Місце смерті:									
Держава _____, республіка, область _____									
район _____ місто – 1, село – 2 (підкреслити) _____ (вписати)									
вул. _____, буд. _____, кв. _____									

смерть настала: в стаціонарі – 1, вдома – 2, в іншому місці – 3 (підкреслити)

(вписати, де)

9. Я, фельдшер _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Посада _____

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

а) безпосередня причина смерті (захворювання чи ускладнення основного захворювання)

б) основна причина смерті (первинне захворювання, яке викликало безпосередню причину смерті) _____

II. Інші захворювання, які сприяли смерті, але не пов'язані з захворюванням, яке безпосередньо є причиною смерті _____

10. Померлий був при житті під наглядом лікаря в зв'язку з захворюванням, яке стало основною причиною смерті: так – 1, ні – 2 (підкреслити)

11. Якщо померлий(а) відноситься до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської аварії, зазначити категорію _____ серію _____ посвідчення

12. Фельдшерська довідка видана:

найменування медичного закладу _____

Підпис фельдшера, який видав довідку _____

М.П.

“ _____ ” _____ 200_р.

Інструкція про порядок заповнення та видачі до фельдшерської довідки про смерть

Інструкція обов'язкова для всіх фельдшерів фельдшерсько-акушерських, фельдшерських пунктів.

I. Загальні положення.

1. Згідно ст.158 Кодексу про шлюб та сім'ю України (надалі Кодекс) смерть підлягає реєстрації в державних органах реєстрації актів громадянського стану.

У ст.159 Кодексу зазначено, що акти громадянського стану реєструються в районних центрах, районах міст Києва і Севастополя відділами реєстрації актів громадянського стану, місцевих державних адміністрацій, у містах і в районах міст обласного підпорядкування – відділами реєстрації актів громадянського стану виконавчих комітетів відповідних Рад народних депутатів, а в сільській місцевості і селищах – виконавчими комітетами сільських і селищних Рад народних депутатів. *

Згідно ст.169 Кодексу реєстрація смерті проводиться в органах реєстрації актів громадянського стану за останнім місцем проживання померлого або за місцем настання смерті чи виявлення трупа або за місцем поховання.

2. Заява про реєстрацію смерті може бути подана до відділів реєстрації актів громадянського стану померлого його сусідами, працівниками житлово-експлуатаційних організацій та інших осіб, а також за повідомленням адміністратора закладу охорони здоров'я, де сталася смерть.

*Згідно наказу МОЗ України за №65 від 04.04.00р., зареєстрованого в Мінюсті 26.04.00р. абзац другий пункт 1 розділу I викладено в такій редакції:

«У статті 159 Кодексу визначено, що акти громадянського стану реєструються у відділах реєстрації актів громадянського стану районних, районних у містах, міських (міст обласного значення) управлінь юстиції, у виконавчих органах сільських, селищних, міських (крім міст обласного значення) Рад, у консульських установах та дипломатичних представництвах України».

Заява про реєстрацію смерті повинна бути зроблена не пізніше трьох діб з дня настання смерті або виявлення трупа, а в разі неможливості одержання довідки медичної установи або висновку судово-медичної експертизи чи прокурора – не пізніше 5 діб.

3. Реєстрація померлих в сільських населених пунктах, які обслуговуються фельдшерсько-акушерськими пунктами, проводиться органами виконавчої влади на підставі фельдшерської довідки про смерть.

Примітка: В сільських населених пунктах, де в закладах охорони здоров'я працює тільки один лікар, у випадках його відсутності (хвороба, відпустка і таке інше), як виняток, також видається фельдшерська довідка про смерть фельдшером, який замінює лікаря.

Забороняється фельдшерам видавати лікарське свідоцтво про смерть – форму №106/о-95, затверджену наказом Міністерства охорони здоров'я України №124 від 03.07.95р.

II. Порядок видачі фельдшерської довідки про смерть.

1. Фельдшерська довідка про смерть видається родичам померлого чи іншим особам (згідно з пунктом 2 цієї Інструкції) під розпис на корінці довідки, який залишається в фельдшерсько-акушерському пункті (лікарській амбулаторії, дільничній лікарні).

Примітка: У випадку загублення фельдшерської довідки про смерть видається нова довідка з поміткою «дублікат» на підставі письмової заяви особи, яка звернулась у заклад охорони здоров'я за дублікатом фельдшерської довідки про смерть.

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

3. При підозрі на насильницьку смерть або у випадках, коли смерть настала від механічної асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, після штучного аборту, проведеного за межами медичного закладу, при раптовій смерті дітей, які не знаходились під медичним наглядом, а також на померлих, особа яких не встановлена, фельдшерська довідка про смерть не видається.

У цих випадках обов'язково проводиться патологоанатомічна або судово-медична експертиза, після чого видається лікарське свідоцтво про смерть відповідними закладами згідно Кримінально-процесуального Кодексу, наказу МОЗ України №6 від 17.01.95 р.

У кожному такому випадку фельдшер повинен терміново повідомляти вищий (відповідний) медичний заклад.

4. Забороняється видача фельдшерської довідки про смерть заочно, без особистого встановлення фельдшером (акушеркою) факту смерті.
5. Бланки фельдшерських довідок про смерть з корінцями до них у вигляді Книжки обліку бланків фельдшерських довідок про смерть (надалі Книжка) зберігаються у фельдшера. Книжка з бланками прошивається, а на довідках і корінцях до них проставляється спочатку номер закладу за Державним реєстром звітних статистичних одиниць України, а через дріб – порядковий номер довідки.
6. Корінці фельдшерських довідок про смерть після використання їх для складання звіту фельдшерсько-акушерського пункту підлягають зберіганню їх за місцем видачі – один рік після закінчення календарного року, в якому видана довідка, після чого підлягають знищенню згідно чинного законодавства.
7. Невірно заповнені примірники фельдшерських довідок про смерть і відповідні корінці до них закреслюються, робиться запис «анульовано» і залишаються в Книжці.

III. Порядок заповнення фельдшерських довідок про смерть.

1. Фельдшерська довідка про смерть заповнюється ручкою, розбірливим почерком.
2. При заповненні фельдшерської довідки про смерть необхідно вписати всі відомості або підкреслити відповідні ознаки.
3. Заповненню підлягають всі пункти фельдшерської довідки про смерть, а при відсутності тих чи інших відомостей потрібно записати: «невідомо», «не встановлено».

Чіткість і повнота заповнення кожного пункту фельдшерської довідки про смерть забезпечує необхідну достовірність статистичної інформації для державної реєстрації випадків смерті і вивчення причин смерті серед населення.

4. Запис в корінці фельдшерської довідки про смерть повинен повністю зберігатися з записами, зробленими у відповідних пунктах довідки про смерть.
5. У пункті 7 довідки вказується місце постійного проживання померлого, згідно зі штампом про постійне проживання померлого за паспортом. Не можна вказувати місце тимчасового проживання померлого, а також місце знаходження медичного закладу.
6. У пункті 9 фельдшер вказує своє прізвище, ім'я, по-батькові, посаду і відмічає підставу, яка дозволяє визначити послідовність патологічних процесів, які привели до смерті і вказує причину смерті.

Основною (первинною) причиною смерті потрібно вважати те первинне захворювання або травму, яке безпосередньо чи через ряд послідовних хворобливих процесів викликало смерть.

Порядок запису причин смерті, передбаченого в фельдшерській довідці про смерть, у відповідності з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, повинен допомогти фельдшеру виділити той патологічний процес, який безпосередньо привів до смерті, або те захворювання, яке негативно впливало на перебіг основного захворювання і тим самим сприяло смерті.

У частині першій пункту 9 в рядку а) записується безпосередня причина смерті, тобто захворювання, яке привело до смерті або ускладнення основного захворювання; в рядку б) – основне (первинне) захворювання, яке викликало чи обумовило безпосередню причину смерті. В другій частині вказуються інші важливі захворювання, які існували у померлого

і несприятливо впливали на перебіг основного захворювання, але не пов'язані з безпосередньою причиною смерті.

Під безпосередньою причиною смерті потрібно розуміти хворобу, травму чи ускладнення, які безпосередньо викликали смерть (наприклад, уремія, крововилив в мозок і таке інше).

Основною причиною смерті потрібно вважати те первинне захворювання чи травму, яке само по собі чи через ускладнення обумовило безпосередню причину смерті. В деяких випадках основне захворювання і безпосередня причина смерті можуть зберігатися.

7. Записуючи діагноз, не можна допускати неточностей, обмежуватись загальними показниками або зазначенням симптомів. Потрібно вказати форму, стадію, локалізацію захворювання.

Наприклад:

Нефрит

Рак

ниркова коліка

Потрібно записати:

- гострий (хронічний) нефрит

- рак шийки матки

- сечокам'яна хвороба

8. Приклади заповнення пункту 9 фельдшерської довідки про смерть.

1-ий приклад:

I. а) інфаркт міокарду

II. б) -----

III. Цукровий діабет

2-ий приклад:

I. а) уремія

II. б) гіпертрофія передміхурової залози (аденофіброматозна)

III. Виразка шлунку

9. При наявності суперечних причин смерті (наприклад, бронхопневмонія і хронічна ішемічна хвороба серця) в першій частині треба вказати те захворювання, яке більш вірогідно викликало основну причину смерті, а в другій частині – друге конкуруюче захворювання.

10. Якщо померлий відноситься до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської аварії, в пункті 11 фельдшерської довідки про смерть треба зазначити категорію та серію посвідчення померлого. Категорія та серія визначена в посвідченні згідно з Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1456-04#Text>
2. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1005-01#Text>
3. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0694-12#Text>
4. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0686-06#Text>
5. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0690-06#Text>
6. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0405-02#Text>
7. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0691-06#Text>
8. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0692-06#Text>
9. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0668-12#Text>
10. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0266-95#Text>
11. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1152-06#Text>
12. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1152-06#Text>
13. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0268-95#Text>