

О порядке проведения патологоанатомического исследования

Изменения и дополнения:

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2021 г. № 121 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/37357 от 22.11.2021 г.) <W22137357>

На основании части седьмой статьи 32 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении» Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить Инструкцию о порядке проведения патологоанатомического исследования (прилагается).
2. Настоящее постановление вступает в силу с 23 июля 2021 г.

Министр

Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
07.05.2021 № 46

ИНСТРУКЦИЯ о порядке проведения патологоанатомического исследования

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция устанавливает порядок проведения патологоанатомического исследования.

2. Для целей настоящей Инструкции используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

биопсийный (операционный) материал – фрагменты тканей, органов или последов, взятые (удаленные) при жизни человека, в том числе при проведении хирургических операций;

секционный материал – ткани, органы и (или) их фрагменты, взятые у умершего, в том числе у умерших новорожденных, а также мертворожденных и плодов при выполнении посмертного патологоанатомического исследования;

перинатальное патологоанатомическое вскрытие – посмертное патологоанатомическое исследование умерших новорожденных, а также мертворожденных и плодов.

ГЛАВА 2 ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

3. Патогистологическое исследование (далее, если не установлено иное, – ПГИ) проводится в организациях здравоохранения, других организациях, которые наряду с основной деятельностью осуществляют медицинскую деятельность.

4. ПГИ проводится медицинскими работниками при оказании медицинской помощи в соответствии с клиническими протоколами, иными нормативными правовыми актами,

устанавливающими порядок организации и оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам, или методами оказания медицинской помощи.

5. ПГИ включает:

преаналитический этап – забор, фиксация и транспортировка биопсийного (операционного) материала;

аналитический этап – изучение макро- и микроскопических изменений биопсийного (операционного) материала;

постаналитический этап – хранение биопсийного (операционного) материала.

6. Сведения о взятом на ПГИ биопсийном (операционном) материале регистрируются в журнале регистрации биопсийного (операционного) материала, направляемого на ПГИ, по форме согласно приложению 1.

7. ПГИ проводится на основании направления на ПГИ по форме согласно приложению 2.

Сведения о поступлении биопсийного (операционного) материала регистрируются в журнале регистрации биопсийного (операционного) материала, поступившего на ПГИ, по форме согласно приложению 3.

8. По результатам ПГИ составляется заключение ПГИ по форме согласно приложению 4, которое направляется в организацию здравоохранения и (или) другие организации, которые наряду с основной деятельностью осуществляют медицинскую деятельность, направившие биопсийный (операционный) материал на ПГИ.

Заключению ПГИ присваивается регистрационный номер, соответствующий регистрационному номеру, присвоенному данному биопсийному (операционному) материалу при его регистрации и указанному в журнале регистрации биопсийного (операционного) материала, поступившего на ПГИ.

Заключение ПГИ подлежит хранению в медицинских документах и (или) электронной медицинской карте пациента.

ГЛАВА 3

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ

9. Патологоанатомическое вскрытие (далее, если не установлено иное, – ПАВ) проводится медицинскими работниками в государственных организациях здравоохранения для установления характера патологических изменений в органах и (или) тканях умерших, а также причины смерти.

10. ПАВ включает:

макроскопическое изучение тел, органов и (или) тканей умерших, в том числе умерших новорожденных, а также мертворожденных и плодов (далее, если не установлено иное, – тела (органы и (или) ткани) умерших);

микроскопическое изучение секционного материала.

11. ПАВ проводится на основании направления на ПАВ по форме согласно приложению 5.

12. ПАВ осуществляется с учетом изучения:

направления на ПАВ;

медицинских и (или) иных документов умерших, умерших новорожденных, а также мертворожденных и плодов, необходимых для установления причины смерти.

13. Мертворожденные доставляются на ПАВ с копией истории родов и эпикризом.

14. Сведения о поступлении тел (органов и (или) тканей) умерших в государственную организацию здравоохранения регистрируются в журнале регистрации тел (органов и (или) тканей) умерших, в том числе умерших новорожденных, а также мертворожденных и плодов по форме согласно приложению 6.

15. В ходе проведения ПАВ оформляется протокол ПАВ по форме согласно приложению 7 или протокол перинатального ПАВ по форме согласно приложению 8.

16. По результатам проведения ПАВ оформляется заключение ПАВ по форме согласно приложению 9 и (или) заключение посмертного патологоанатомического исследования органов и (или) тканей умершего по форме согласно приложению 10, которые направляются в организации, направившие тела (органы и (или) ткани) умерших на ПАВ.

Форма

Начат _____
Окончен _____

[illegible]

Форма
Лицевая сторона

(наименование организации (структурного
(обособленного) подразделения),
направившей биопсийный (операционный)
материал на патогистологическое исследование)

НАПРАВЛЕНИЕ
на патогистологическое исследование № _____

В _____
(наименование организации (структурного подразделения), выполняющей патогистологическое
исследование)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента _____

2. Идентификационный номер пациента _____

3. Число, месяц, год рождения _____

4. Пол: ☐ м., ☐ ж.

5. Адрес места жительства (места пребывания) _____

6. Исследование: первичное ☐, вторичное ☐.

7. Дата забора биопсийного (операционного) материала (при повторной биопсии указать дату и номер первичного исследования биопсии) _____

8. Способ получения биопсийного (операционного) материала: эндоскопическая биопсия ☐,
пункционная биопсия ☐, инцизионная биопсия ☐, эксцизионная биопсия ☐, панч-биопсия ☐,
операционная биопсия ☐, операционный материал ☐, соскоб ☐, самопроизвольно
отделившиеся фрагменты тканей ☐, ткани, полученные при родах и абортах ☐, иное ☐
(указать) _____

9. Дата отправки _____

10. Время отправки (заполняется при экспресс биопсиях с указанием времени в часах
и минутах) _____

11. Маркировка биопсийного (операционного) материала:

Маркировка емкости, в которой транспортируется биопсийный (операционный) материал	Вид биопсийного (операционного) материала (название ткани или органа, анатомо-топографическая локализация)	Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, узел, отношение к окружающим тканям и прочие особенности)	Количество или объем направленных фрагментов тканей, органов или последов
1	2	3	4

Оборотная сторона

12. Краткие клинические данные (основные проявления, их продолжительность,
результаты инструментальных и лабораторных исследований, информация о лечении)

при новообразованиях дополнительно – точная локализация, характер роста, размеры,
консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы _____

при соскобе эндометрия дополнительно – длительность нормального менструального
цикла, начало последней менструации, дата начала кровотечения _____

при исследовании последа дополнительно – срок гестации (в днях), особенности течения беременности, дата родов, шкала Апгар и вес при рождении ребенка, показания к исследованию последа _____

13. Диагноз _____

Код в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения □ □ □ □ □.

Врач-специалист, направивший материал
на патогистологическое исследование

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Контактный телефон врача-специалиста,
направившего биопсийный (операционный)
материал на патогистологическое исследование _____

Форма

Начат _____
Окончен _____

[illegible]

Форма
Лицевая сторона

(наименование организации, (структурного подразделения),
выполняющей патогистологическое исследование)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ № _____

В _____
(наименование организации (структурного подразделения), направившей
биопсийный (операционный) материал на патогистологическое исследование)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента _____

2. Идентификационный номер пациента _____

3. Число, месяц, год рождения _____

4. Пол: ☐ м., ☐ ж.

5. Адрес места жительства (места пребывания) _____

6. Дата забора биопсийного (операционного) материала _____

7. Способ получения биопсийного (операционного) материала: эндоскопическая биопсия ☐,
пункционная биопсия ☐, инцизионная биопсия ☐, эксцизионная биопсия ☐, панч-биопсия ☐,
операционная биопсия ☐, операционный материал ☐, соскоб ☐, самопроизвольно
отделившиеся фрагменты тканей ☐, ткани, полученные при родах и абортах ☐, иное ☐
(указать) _____

8. Дата доставки биопсийного (операционного) материала _____

9. Время доставки (заполняется при экспресс-биопсиях с указанием времени в часах
и минутах) _____

10. Дата начала гистологической обработки _____

11. Время начала гистологической обработки _____

12. Количество фрагментов тканей, органов или последов, взятых на патогистологическое
исследование _____

13. Наименование назначенных окрасок и (или) реакций _____

14. Макроскопическое описание _____

15. Микроскопическое описание _____

Оборотная сторона

16. Патогистологическое заключение _____

17. Рекомендации к патогистологическому заключению _____

Врач-патологоанатом,
проводивший патогистологическое
исследование _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

____ 20__ г.

Приложение 5
к Инструкции о порядке проведения
патологоанатомического исследования
(в редакции постановления
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.11.2021 № 121)

Форма

(наименование организации (структурного
(обособленного) подразделения)

НАПРАВЛЕНИЕ
на патологоанатомическое вскрытие

1. Наименование государственной организации здравоохранения, в которую направляется тело (органы и (или) ткани) умершего _____

2. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) умершего или матери мертворожденного (плода) _____

3. Число, месяц, год рождения умершего (мертворождения) _____

4. Дата наступления смерти: ____ 20__ г.

5. Время наступления смерти: ____ ч ____ мин.

6. Сведения об органе и (или) ткани:

Маркировка емкости, в которой транспортируется орган и (или) ткань	Название органа и (или) ткани, анатомо-топографическая локализация	Макроскопическая характеристика органа и (или) ткани	Количество
1	2	3	4

7. Иные сведения, содержащиеся в медицинских документах _____

8. Дата направления на патологоанатомическое вскрытие: ____ 20__ г.

9. Время направления на патологоанатомическое вскрытие: ____ ч ____ мин.

10. Должность служащего, фамилия, инициалы медицинского работника, направившего тело (органы и (или) ткани) на патологоанатомическое вскрытие _____

11. Контактный телефон _____

Врач-специалист (фельдшер, помощник
врача) организации, направившей тело
(органы и (или) ткани) умершего
на патологоанатомическое вскрытие _____

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Руководитель (заместитель руководителя)
организации, направившей тело

(органы и (или) ткани) умершего
на патологоанатомическое вскрытие _____
(подпись)

(фамилия, инициалы)

_____ 20__ г.

Форма

Начат _____
Окончен _____

[illegible]

Форма

(наименование государственной организации
здравоохранения (структурного подразделения))

**ПРОТОКОЛ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ № _____**

1. Наименование организации (структурного (обособленного) подразделения), где осуществлялось оказание медицинской помощи _____
2. Медицинская карта стационарного пациента ☐, медицинская карта амбулаторного больного ☐, история родов ☐, история развития ребенка ☐ организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных или стационарных условиях, условиях дневного пребывания умершего, умершего новорожденного, ее номер _____
3. Идентификационный номер (при наличии) _____
4. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____
5. Число, месяц, год рождения _____
6. Пол: ☐ м., ☐ ж.
7. Адрес места жительства (места пребывания) _____
8. Гражданство, место рождения _____
9. Место работы (учебы, службы) (до пенсии) _____
10. Должность служащего (профессия рабочего) _____
11. Группа крови: ☐ O(I), ☐ A(II), ☐ B(III), ☐ AB(IV).
12. Резус-фактор: ☐ положительный, ☐ отрицательный.
13. Дата и время госпитализации _____
14. Дата и время смерти _____
15. Проведено койко-дней _____
16. Дата и время патологоанатомического вскрытия _____
17. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача-патологоанатома, проводившего патологоанатомическое вскрытие _____
18. При патологоанатомическом вскрытии присутствовали (указать инициалы, фамилии и должности служащих присутствовавших лиц) _____
19. Клинические данные (краткое описание клинических, лабораторных, инструментальных и иных данных) _____
20. Заключительный клинический диагноз и дата его установления (из предоставленной с телом умершего соответствующей медицинской документации) _____
- 20.1. Основное заболевание _____
код в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее – код в соответствии с МКБ-10) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐.
Осложнение основного заболевания _____
- код в соответствии с МКБ-10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐.
- 20.2. Сопутствующие заболевания _____
21. Наружное исследование:
рост _____
масса тела _____

состояние кожного покрова _____
описание операционных ран _____

описание следов инъекций и изменений в их зоне _____

22. Внутреннее исследование (детальное описание органов (тканей) по системам с указанием массы органов, при необходимости с приложением схем и фото) _____

23. Перечень и количество фрагментов органов и тканей, взятых для гистологического исследования _____

24. Взят материал для других методов исследования (указать каких) _____

25. Микроскопическое исследование (указывается детальное микроскопическое описание по органам и системам) _____

26. Патологоанатомический диагноз и дата его установления _____

26.1. Основное заболевание _____

код в соответствии с МКБ-10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐.

Осложнения основного заболевания:

код в соответствии с МКБ-10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ осложнения основного заболевания, послужившего непосредственной причиной смерти _____

26.2. Сопутствующие заболевания _____

27. Клинико-патологоанатомический эпикриз _____

28. Оформлено врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) № _____
от _____

☐ «Окончательное», ☐ «Предварительное», ☐ «Взамен окончательного» № _____,
☐ «Взамен предварительного» № _____

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) – заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код в соответствии с МКБ-10 (непосредственная причина) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код в соответствии с МКБ-10 (основная причина) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Основная причина смерти (мертворождения) – первоначальное заболевание или состояние	c)	(вызванная или явившаяся следствием)	

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней:

☐ алкогольное опьянение, ☐ другое.

29. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: ☐ диагнозы совпадают, ☐ имеет место расхождение, ☐ дефекты оформления клинического диагноза.

30. Категория расхождения: ☐ I, ☐ II, ☐ III.

31. Причины расхождения _____

32. Не распознано:

32.1. основное заболевание _____

32.2. смертельное осложнение _____

32.3. сопутствующее заболевание _____

33. Иные сведения (обсуждение на комиссиях, конференциях) _____

Врач-патологоанатом,
проводивший

патологоанатомическое вскрытие _____
(подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

_____ 20__ г.

Приложение 8
к Инструкции о порядке проведения
патологоанатомического исследования

Форма

(наименование государственной организации
здравоохранения (структурного подразделения))

ПРОТОКОЛ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ № _____

1. Наименование организации (структурного (обособленного) подразделения), направившей тело умершего новорожденного или мертворожденного (плод) на патологоанатомическое вскрытие _____

2. Номер истории развития умершего новорожденного _____

3. Идентификационный номер умершего новорожденного (при наличии) _____

4. Идентификационный номер матери умершего новорожденного или мертворожденного (плода) (указывается в случае мертворождения или если идентификационный номер новорожденному не присвоен) _____

5. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) умершего новорожденного или матери мертворожденного (плода) _____

6. Число, месяц, год рождения матери _____

7. Возраст матери (полных лет) _____

8. Адрес места жительства (места пребывания) матери _____

9. Гражданство, место рождения матери _____

10. Место работы (учебы, службы) матери _____

11. Должность служащего (профессия рабочего) матери _____

12. Число, месяц, год рождения умершего новорожденного (мертворождения) _____

13. Время рождения умершего новорожденного _____

14. Дата и время смерти новорожденного _____

15. Возраст (полных дней) новорожденного _____

16. Пол: ☐ м., ☐ ж., ☐ не определен.

17. Группа крови матери: ☐ O(I), ☐ A(II), ☐ B(III), ☐ AB(IV).

18. Резус-фактор матери: ☐ положительный, ☐ отрицательный.

19. Группа крови умершего новорожденного: ☐ O(I), ☐ A(II), ☐ B(III), ☐ AB(IV).

20. Резус-фактор умершего новорожденного:

☐ положительный, ☐ отрицательный.

21. Сведения о матери:

A	Номер настоящей беременности
B	Номер настоящих родов
C	Дата первого дня последней менструации
D	Срок настоящей беременности

Е	Число родившихся живыми детей от беременностей, предшествовавших настоящей
Ф	Число мертворождений, имевших место при предшествовавших беременностях
Г	Число самопроизвольных аборт (выкидышей) и аборт, произведенных по медицинским и социальным показаниям
Н	Число прерываний беременности, включая число искусственных медицинских аборт и вакуум-аспираций
И	Число живых к настоящему моменту детей у матери
Ж	Дата окончания последней из беременностей, предшествовавших настоящей
К	Данные об исходе беременности, предшествовавшей настоящей

22. Особенности течения настоящей беременности _____

23. Особенности течения родов _____

24. Период мертворождения: ☐ антенатально, ☐ интранатально, ☐ не уточнено.

25. Начало и основные проявления заболевания у умершего новорожденного _____

26. Дата и время перинатального патологоанатомического вскрытия _____

27. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача-патологоанатома, проводившего перинатальное патологоанатомическое вскрытие _____

28. При перинатальном патологоанатомическом вскрытии присутствовали (указать инициалы, фамилии и должности служащих присутствовавших лиц) _____

29. Заключительный клинический диагноз и дата его установления (из предоставленной с телом умершего соответствующей медицинской документации) _____

29.1. Основное заболевание _____

код в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее – код в соответствии с МКБ-10) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐.

Осложнение основного заболевания _____

код в соответствии с МКБ-10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐.

29.2. Сопутствующие заболевания _____

30. Наружное исследование:

антропометрические данные и их значения для соответствующего срока гестации (см):

Масса тела	Длина тела	Окружность головы	Окружность грудной клетки	Окружность живота	Длина бедра	Длина стопы
1	2	3	4	5	6	7

состояние кожного покрова и пупочного кольца _____

описание операционных ран _____

описание следов инъекций и изменений в их зоне _____

31. Внутреннее исследование (детальное описание органов (тканей) по системам с указанием массы органов, при необходимости с приложением схем и фото) _____

32. Послед и его особенности (макроскопическое описание плаценты, оболочек, пуповины) _____

33. Масса плаценты _____
34. Площадь базальной поверхности плаценты _____
35. Плацентарно-плодовый коэффициент _____
36. Перечень и количество фрагментов органов и тканей, взятых для гистологического исследования _____

37. Взят материал для других методов исследования (указать каких) _____

38. Микроскопическое исследование (указывается детальное микроскопическое описание по органам и системам) _____

39. Патологоанатомический диагноз и дата его установления _____

39.1. Основное заболевание _____

код в соответствии с МКБ-10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐.

Осложнения основного заболевания:

код в соответствии с МКБ-10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ осложнения основного заболевания, послужившего непосредственной причиной смерти _____

39.2. Сопутствующие заболевания _____

40. Патология последа _____

41. Клинико-патологоанатомический эпикриз _____

42. Оформлено врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) № _____
от _____

☐ «Окончательное», ☐ «Предварительное», ☐ «Взамен окончательного» № _____,

☐ «Взамен предварительного» № _____

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) – заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a)		Код в соответствии с МКБ-10 (непосредственная причина) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		(вызванная или явившаяся следствием)	
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b)		Код в соответствии с МКБ-10 (основная причина) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		(вызванная или явившаяся следствием)	
Основная причина смерти (мертворождения) – первоначальное заболевание или состояние	c)		
		(вызванная или явившаяся следствием)	

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней:

☐ алкогольное опьянение, ☐ другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d)		Код в соответствии с МКБ-10 (основное заболевание матери) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Другие заболевания или состояния матери (последа), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	e)		

43. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: ☐ диагнозы совпадают, ☐ имеет место расхождение, ☐ дефекты оформления клинического диагноза.

44. Категория расхождения: ☐ I, ☐ II, ☐ III.

45. Причины расхождения _____

46. Не распознано:

46.1. основное заболевание _____

46.2. смертельное осложнение _____

46.3. сопутствующее заболевание _____

47. Иные сведения (обсуждение на комиссиях, конференциях) _____

Врач-патологоанатом,

проводивший перинатальное

патологоанатомическое вскрытие _____

(подпись)

(фамилия, инициалы)

_____ 20__ г.

Приложение 9

к Инструкции о порядке проведения
патологоанатомического исследования

Форма

(наименование государственной организации
здравоохранения (структурного подразделения))

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ № _____

В _____
(наименование организации (структурного подразделения), направившей умершего,
умершего новорожденного, в том числе мертворожденного (плода) на патологоанатомическое вскрытие)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) умершего или умершего новорожденного, или матери мертворожденного (плода) _____

2. Идентификационный номер умершего или умершего новорожденного (при наличии) _____

3. Идентификационный номер матери умершего новорожденного или матери мертворожденного (плода)¹ _____

4. Число, месяц, год рождения умершего или умершего новорожденного (мертворождения) _____

5. Число, месяц, год рождения матери _____

6. Возраст матери (полных лет) _____

7. Пол умершего, умершего новорожденного, в том числе мертворожденного (плода): ☐ м.,
☐ ж., ☐ не определен.

8. Дата смерти умершего или умершего новорожденного _____

9. Патологоанатомический диагноз и дата его установления _____

9.1. Основное заболевание _____

код в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем,
связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией
Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее – код в соответствии с МКБ-10) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐.

Осложнения основного заболевания:

код в соответствии с МКБ-10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ осложнения основного заболевания, послужившего
непосредственной причиной смерти _____

9.2. Сопутствующие заболевания _____

10. Патология последа² _____

11. Клинико-патологоанатомический эпикриз _____

12. Оформлено врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) № _____ от _____

☐ «Окончательное», ☐ «Предварительное», ☐ «Взамен окончательного» № _____,
☐ «Взамен предварительного» № _____

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) – заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a)		Код в соответствии с МКБ-10 (непосредственная причина) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		(вызванная или явившаяся следствием)	
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b)		Код в соответствии с МКБ-10 (основная причина) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
		(вызванная или явившаяся следствием)	
Основная причина смерти (мертворождения) – первоначальное заболевание или состояние	c)		
		(вызванная или явившаяся следствием)	

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней:

☐ алкогольное опьянение, ☐ другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d)		Код в соответствии с МКБ-10 (основное заболевание матери) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Другие заболевания или состояния матери (последа), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	e)		

13. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: ☐ диагнозы совпадают, ☐ имеет место расхождение, ☐ дефекты оформления клинического диагноза.

14. Категория расхождения: ☐ I, ☐ II, ☐ III.

15. Причины расхождения _____

16. Не распознано:

16.1. основное заболевание _____

16.2. смертельное осложнение _____

16.3. сопутствующее заболевание _____

Врач-патологоанатом, проводивший
патологоанатомическое вскрытие _____

(подпись)

(фамилия, инициалы)

____ 20__ г.

¹ Указывается в случае мертворождения или если идентификационный номер новорожденному не присвоен.

² Заполняется при перинатальном вскрытии.

Форма
Лицевая сторона

(наименование организации (структурного подразделения),
выполняющей посмертное патологоанатомическое исследование
органов и (или) тканей умершего)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
посмертного патологоанатомического исследования
органов и (или) тканей умершего № _____

В _____
(наименование организации (структурного подразделения), направившей на посмертное
патологоанатомическое исследование органы и (или) ткани умершего)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) умершего _____

2. Число, месяц, год рождения _____

3. Пол: ☐ м, ☐ ж.

4. Адрес места жительства (места пребывания) _____

5. Иные сведения, содержащиеся в медицинских документах _____

6. Дата доставки органа и (или) ткани: ____ 20__ г.

7. Время доставки органа и (или) ткани: ____ ч ____ мин.

8. Дата начала гистологической обработки: ____ 20__ г.

9. Время начала гистологической обработки: ____ ч ____ мин.

10. Количество органов и (или) тканей, взятых на посмертное патологоанатомическое
исследование _____

11. Наименование назначенных окрасок и (или) реакций _____

Оборотная сторона

12. Макроскопическое описание _____

13. Микроскопическое описание _____

14. Патологоанатомическое заключение _____

Врач-патологоанатом,
проводивший посмертное
патологоанатомическое
исследование _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

— _____ 20__ г.