**Формуляр экстренной регистрации случая перинатальной смертности**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Формуляр экстренной регистрации смерти**  Данный формуляр заполняется **на каждый плод, рожденный после 37 недель беременности** (или массой тела при рождении >2500г)**.**  Идентификационный номер | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |
| **1. Определение случая** | | Антенатальное мертворождение  □ | | | | | | Интранатальное мертворождение  □ | | | | | Ранняя неонатальная смерть (возраст 0-7 суток)  □ | | | | | | | | |  |
| **МАТЬ**  **2. Персональный код** □□□□□□□□□□□□□  **3. Фамилия** \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_  **4. Имя**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_  **5. Отделение** \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_  **6. Адрес** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  123  **7. № истории родов** □□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | **НОВОРОЖДЕННЫЙ/ГРУДНОЙ РЕБЕНОК**  **20 Персональный код** □□□□□□□□□□□□□  **21. Фамилия** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_  **22. Имя**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  **23. Отделение** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  **24. Адрес** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  123  **25. № истории новорожденного** □□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | |
| **8. Дата рождения матери**  день месяц год или установленный возраст (лет)  □□□□□□ □□□ | | | | | | | | | | | **26. Пол плода / ребенка**  мужской □ женский □ неопределенный□ | | | | | | | | | | | |
| **27. Вес ребенка при рождении (г)** не зарегистрирован□  □□□□  **Длина (см)** не зарегистрирована □  □□ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **28. Гестационный возраст при родах**  □□ недель + □дней | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **29.Подтвержденная внутриутробная гибель –** Только поздняя гибель плода и мертворождение  □□ недель + □дней нет данных □ | | | | | | | | | | | |
| **30. Был ли аборт легальным?**  Да □ Нет □ □  Примечание: относится как к обязательно зарегистрированной смерти (мертворождение или неонатальная смерть), так и законный аборт. | | | | | | | | | | | |
| **10. Акушерский анамнез** | | | | | | | | | | | **31. Когда наступила смерть? –** Только случаи поздней смерти плода и мертворождения  Интранатальный □ Антенатальный □ □нет данных | | | | | | | | | | | |
| Количество предыдущих родов | | | □ | Количество случаев мертворождения (22+ недель) | | | | | □ |  | **32.Место смерти -**  Только случаи рождения живого плода  Название отделения/места \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  нет данных □ | | | | | | | | | | | |
| **11. Рост и вес матери ИЛИ показатели массы тела (ПМТ)** | | | | | | | | | | |
| Рост  □□□ | См□□□ | | | | Вес | | кг  □ | | ПМТ  □ | |
| **12. Запланированная дата родов**  День Месяц Год □□□□□□ | | | | | **13. Срок при первой эхографии**  □□ недель + □дней | | | | | | **33.Дата и время смерти –** Только случаи рождения живого плода Время  □□□□□□ □□ □□□□  День Месяц Год время 24 часа День и время□ | | | | | | | | | | | |
| **14. Запланированное место родов**  Название отделения/места \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | Только для использования в отделении | | | | **34. Причина смерти –** клинические данные  **a. Болезнь или основное состояние плода/грудного ребенка**  \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_  **b. Другая болезнь или состояние плода/грудного ребенка** \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_  **c. Болезнь или основное состояние матери, сказавшееся на плоде/новорожденном**\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  **d. Другая болезнь или состояние матери, сказавшееся на плоде/новорожденном** \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_  **e. Другие причины или важные комментарии** \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | | | | |
| **15. Место родов**  Название отделения/места \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | Только для использования в отделении | | | |
| **16.Дата и время родов** Время □□□□  □□□□□□ □□ □□□□  день месяц год время 24 часа Дата и год | | | | | | | | | | |
| **17. Количество плодов/детей при данных родах**  все плоды, опознаваемые при родах, в том числе  мацерированный  □ | | | | | | **18.Порядок рождения данного плода/ребенка**  единственный плод□ | | | | |
| **19. a. Способ родов**  Спонтанные вагинальные □  Запланированное кесарево сечение □  Акушерские щипцы □  Другое кесарево сечение (срочное) □  Вакуумная экстракция □  Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **b. В тазовом предлежании?**  Да □ Нет □ | | | | | | | | | | |
| **Укажите данные лица, заполнившего данный формуляр**  **Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Контактный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Номер телефона / электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | **35. Присутствовали ли признаки задержки развития плода?**  Да □ Нет □ | | | | | | | | | | | |
| **36. Классификация причин антенатальной смерти** (см. приложение 11) | | | | | | | | | | | |
| **37. Классификация причин интранатальной и ранней неонатальной смерти**  (приложение 12) | | | | | | | | | | | |
| **38. Классификация причин перинатальной смерти в соответствии с 10-ым пересмотром Международной классификации болезней ВОЗ (МКБ)**  (смотри предписания) | | | | | | | | | | | |
| **39. Посмертная аутопсия** | | | | | | | | | | | |
| Осуществлена □    Затребована, но не было получено  согласие родителей □    Согласие родителей получено, но аутопсия не проведена □  Не была затребована □ | | | | | Морфопатологическая экспертиза □  **Код** | | | | | | |