**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 мертворожденияИнтранатальный □ Антенатальный □ □нет данных  |
| Количество предыдущих родов | □ | Количество случаев мертворождения (22+ недель)  | □ |  | **32.Место смерти -** Только случаи рождения живого плодаНазвание 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 полученосогласие родителей □  Согласие родителей получено, но аутопсия не проведена □ Не была затребована □ | Морфопатологическая экспертиза □ **Код** |