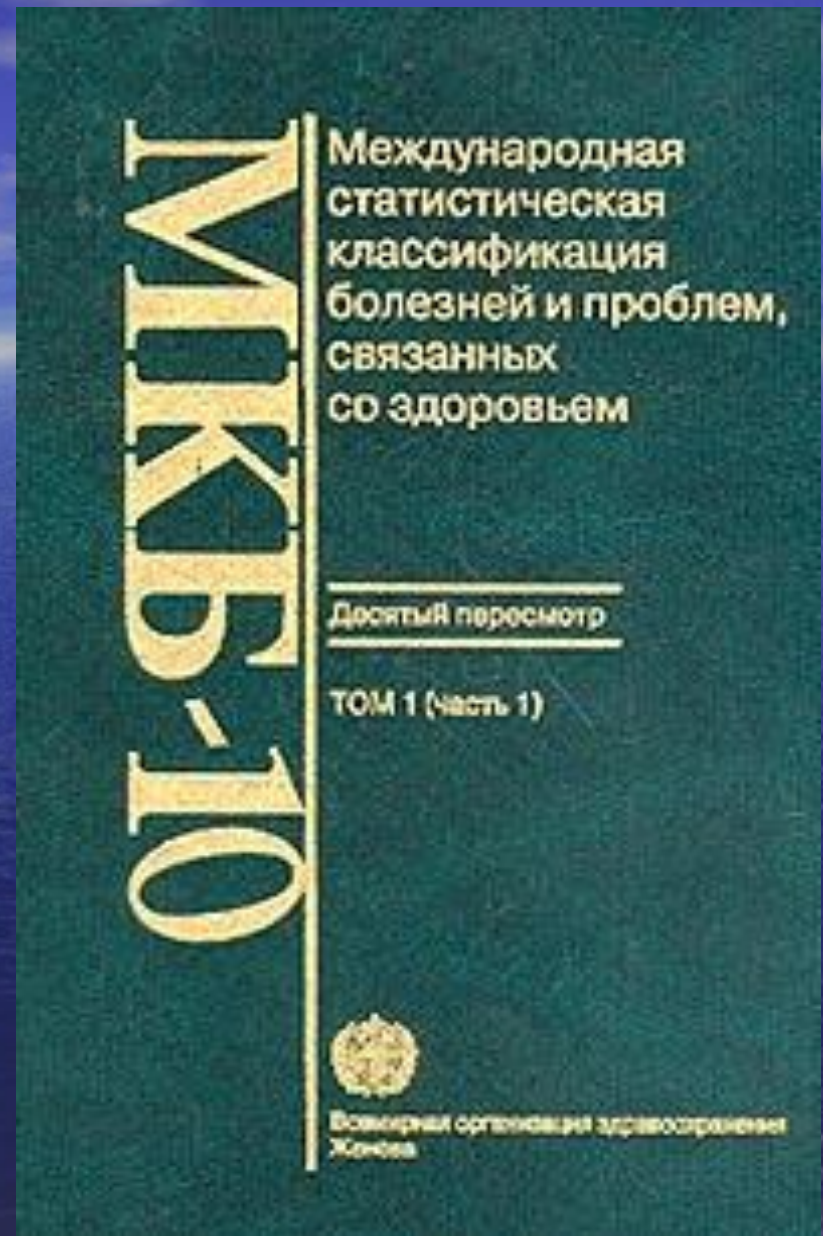


УЧЕНИЕ О ДИАГНОЗЕ



Доцент каф. общей патологии, зав. ПАО НУЗ ОКБ на ст. Казань ОАО «РЖД»,
главный патологоанатом РДМО на ГЖД, к.м.н. **Ася Закиевна Шакирова**

Успех
диагностической
деятельности врача
невозможен без
высокого
профессионализма и
способности к
логическому и
аналитическому
мышлению, учитывая,
что в нозологическую
номенклатуру входит
примерно 20 тыс.
болезней и около 100
тыс. симптомов.



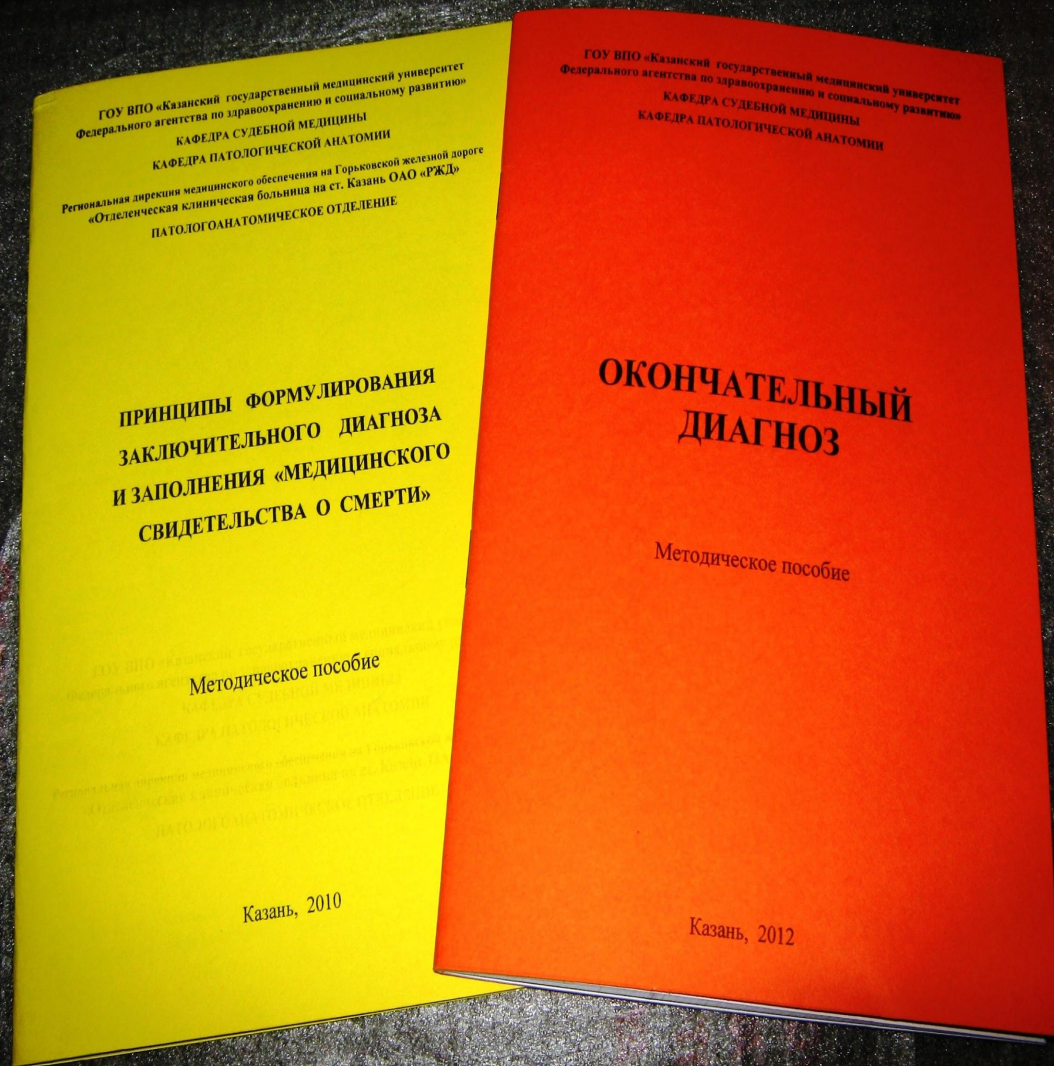
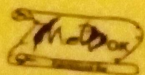
Болезнь, заболевание ([лат.](#) *morbus*) — это возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

В общей характеристике течения болезни выделяют еще несколько понятий:

- Симптом
- Синдром
- Патологическое состояние
- Нозологическая единица (нозологическая форма)

ОСНОВЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Методическое пособие



Указанные пособия имеются в библиотеке КГМУ. Последнее переработанное:
Основы оформления заключительного диагноза: Методическое пособие / А.З.
Шакирова, Г.М. Харин. – Казань, ИД «МедДок», 2017. – 68 с.

- **Диагноз** – это краткое врачебное заключение о сущности и характере заболевания (отравления, травмы и пр.), отражающих его нозологию, этиологию, патогенез, морфофункциональные проявления и причину смерти, которые должны быть выражены в терминах, предусмотренных Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр), а также общепринятыми классификациями и номенклатурами заболеваний, рекомендованными МЗ РФ и ВОЗ для внутри нозологической характеристики заболевания и уточнения "диагноза больного".

Варианты (виды) медицинских диагнозов

- Предварительный диагноз.

«Рабочий» диагноз может быть еще синдромологическим, недостаточно развернутым. Не может фигурировать в медицинской документации в качестве этапного или заключительного клинического диагноза, в частности при летальных исходах.

- Клинический Окончательный (заключительный) диагноз ставится после полного клинико-инструментального обследования.

- Патологоанатомический диагноз (реже – судебно-медицинский) - результат аутопсии, именно он наиболее точный.

- Дифференциальный диагноз

В соответствии со стандартом Федеральной службы по надзору в системе здравоохранения структура диагноза должна включать в себя следующие рубрики:

- 1. Основное заболевание.**
- 2. Осложнения основного заболевания.**
- 3. Сопутствующие заболевания и их осложнения.**

Основное заболевание (основная, первоначальная причина смерти по МКБ-10) - заболевание (травма), которое само по себе или через тесно связанные с ним осложнения привело больного к смерти.

У лиц пожилого возраста часто имеет место сочетание нескольких нозологических единиц, танатологическое значение которых в каждом конкретном случае бывает различным.

НАПРИМЕР:

- Язва желудка, осложненная кровотечением, у больного с хронической ишемической болезнью сердца;
- Острое нарушение мозгового кровообращения у больного с туберкулёзом лёгких;

При невозможности выделения одного заболевания в качестве ведущего (основного) из двух или более, имеющих у больного (полипатия), возникает необходимость построения **"комбинированного основного заболевания"**.

В составе комбинированного основного заболевания нозологические формы могут выступать как:

- а) конкурирующие заболевания;
- б) сочетанные заболевания;
- в) основное и фоновое заболевания.

КОНКУРИРУЮЩИЕ заболевания объединяют нозологические единицы, которые сами по себе в отдельности могли бы привести к смерти, но, вместе с этим, их совместное влияние резко утяжеляет состояние больного и течение болезни, ускоряет наступление смертельного исхода.

ПРИМЕР. Комбинированное основное заболевание (конкурирующие заболевания):

- а) Кровоизлияние в левое полушарие головного мозга.*
- б) Ишемический некроз тонкой кишки с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом.*

В отличие от конкурирующих, СОЧЕТАННЫЕ заболевания, взятые в отдельности, не являются смертельными, но, развиваясь одновременно, через совокупность общих осложнений приводят к смерти.

ПРИМЕР . Комбинированное основное заболевание (сочетанные заболевания):

- а) Ревматоидный артрит.*
- б) Хроническая язва 12-перстной кишки.*

ФОНОВЫМ заболеванием является нозологическая единица, которая сыграла существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания, способствуя развитию смертельных осложнений.

Следует помнить, что фоновое заболевание может выходить за рамки прямой патогенетической связи с основным заболеванием.

ПРИМЕР 1. Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга. Фоновое - гипертоническая болезнь.

ПРИМЕР 2. Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого. Фоновое - сахарный диабет 2 типа.

II. ОСЛОЖНЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

К осложнениям основного заболевания относят те нозологические единицы, синдромы и патологические процессы, которые патогенетически (непосредственно и опосредованно) связаны с основным заболеванием. Выделяют основные осложнения, приводящие к смерти, и второстепенные. При наличии у больного множества осложнений регистрация должна производиться в соответствии с патогенетической и временной последовательностью их развития, а также танатологического значения.

ПРИМЕР 1. Основное заболевание - Хронический пролиферативный гломерулонефрит с исходом в нефросклероз (вторично-сморщенные почки).

Осложнения основного заболевания - Азотемическая уремия (мочевина крови 45,3 ммоль/л). Фибринозный перикардит. Уремический гастроэнтероколит. Отек головного мозга и легких. Гипопластическая анемия (гемоглобин-90,1 г/л; эритроциты-2,4 млн.).

ПРИМЕР 2. Основное заболевание - Рак верхненаружного квадранта правой молочной железы с прорастанием большой и малой грудных мышц (биопсия N2345-52: инфильтрирующий протоковый, высокой степени злокачественности) с метастазами в правые подмышечные, под- и надключичные лимфоузлы, печень, головной мозг. G3T4N2M1. Осложнения основного заболевания - Отек головного мозга с дислокацией ствола. Раковая кахексия.

III. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сопутствующим заболеванием являются нозологические единицы и синдромы, которые не имеют этиологической или патогенетической связи с основным заболеванием и не играют существенной роли в генезе смерти.

ПРИМЕР . Основное заболевание - Острый флегмонозный аппендицит.
Осложнение основного заболевания - Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.
Сопутствующие заболевания - Ревматоидный артрит. Псориаз.

НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ

Понятие "непосредственная причина смерти" соответствует чаще всего смертельному **осложнению основного заболевания**, проявляющемуся в морфофункциональных изменениях, несовместимых с жизнью.

НАПРИМЕР: асфиксия, шок различной этиологии, тромбоэмболия, бронхоспазм, пневмоторакс, токсический отек легких, отек и набухание головного мозга, кровоизлияние в мозг или ишемический инсульт, коллапс, фибрилляция сердца, гемоперикард, сепсис, перитонит, острая печеночная недостаточность, острая надпочечниковая недостаточность, острая коронарная недостаточность, отравление функциональными ядами и др.

Непосредственные причины смерти разнообразны и их следует отличать от механизмов смерти (танатогенеза).

Существует *три* постоянных механизма смерти: *сердечный, легочной и мозговой*. Поэтому *нельзя считать легочно-сердечную недостаточность непосредственной причиной смерти*, т.к. при этом не раскрывается истинная причина смерти.

«ВТОРЫЕ БОЛЕЗНИ»

Под "второй болезнью" понимают отдаленные последствия излеченных заболеваний, а также отрицательное действие фармакологических и биологически активных веществ, гормонов, неблагоприятные результаты хирургических операций. "Вторая болезнь", прогрессируя, приобретает черты самостоятельного заболевания, становясь основным заболеванием.

НАПРИМЕР: спаечная кишечная непроходимость, послеоперационные стриктуры (желчных протоков, мочевых путей, канала шейки матки и др.), стомы, агастральная анемия, демпинг-синдром, сывороточный гепатит и т.д.

Одним из наиболее трудных и ответственных является построение заключительного диагноза в случаях смертельных исходов, связанных с диагностическими и лечебными вмешательствами. Эта группа заболеваний обозначается как "ятрогенные" и к их трактовке следует подходить дифференцированно. В настоящее время следует пользоваться термином «дефекты оказания медицинской помощи».

Принято считать, что в случаях, когда смертельные осложнения наступили в результате обоснованных и правильно проведенных медицинских мероприятий, они должны трактоваться как осложнение основного заболевания, по поводу которого эти вмешательства были предприняты.

ЭПИКРИЗ

- При летальном исходе в клиническом эпикризе обосновывается заключительный клинический диагноз, отмечаются проведенные терапевтические мероприятия и возможные причины их неэффективности, указываются факторы и механизмы, которые привели к смерти. Обязательны для указания в эпикризе день и час проведения анестезиологического пособия, оперативно-го вмешательства, реанимационных мероприятий, проведения инструментального исследования, взятия биопсии, гемотрансфузии.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЕ ДИАГНОЗОВ)

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов завершает разбор секционного случая. Сопоставлению подлежат все пункты заключительного клинического диагноза, выставленного только на лицевой стороне (титульном листе) истории болезни. При этом учитываются общепринятые нозологические формы, соответствующие МКБ-10, которые не могут быть подменены синдромами и симптомами.

В последнем случае клинический диагноз признается неправильно оформленным и регистрируется расхождение диагнозов по категории 2.

- Нерубрифицированные диагнозы (без разделения на рубрики «основное заболевание», «комбинированное основное заболевание», «осложнение», «сопутствующее заболевание») или диагнозы с перечислением нескольких нозологических форм в качестве основного заболевания **со знаком вопроса** не подлежат сличению и должны рассматриваться также как расхождение диагнозов по причине неправильной формулировки или оформления (категория 2).

Результатом сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов могут быть следующие варианты оценки конкретного случая:

1. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию;
2. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию;
3. Расхождение диагнозов по важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболевания или имеющим характер причины смерти (по смертельному осложнению);
4. Расхождение диагнозов по важнейшим сопутствующим заболеваниям;
5. Расхождение диагнозов по второму (конкурирующему, сочетанному или фоновому) заболеванию.
6. Запоздавшая диагностика основного заболевания, смертельного осложнения;
7. Дефекты оказания медицинской помощи (ятрогении).

После установления факта расхождения диагноза основного заболевания, необходимо выяснить причину и определить его категорию:

1 категория - заболевание не было распознано на предыдущем этапе лечения, а в больнице, где умер больной, установить правильный диагноз было невозможно из-за тяжести состояния (не допускающей проведения необходимых диагностических мероприятий), запущенной фазы заболевания или в связи с быстрым наступлением смерти.

2 категория - заболевание не распознано в больнице, где больной умер, хотя для установления правильного диагноза имелись возможности, как в отношении сроков пребывания, так и состояния больного. Однако при этом неправильная диагностика не оказала существенного отрицательного влияния на исход заболевания.

3 категория - правильный диагноз не установлен в больнице и это оказало решающее влияние на течение болезни, лечение и смертельный исход.

В качестве причин расхождения диагнозов
принято выделять следующие:

- *Объективные причины расхождения диагнозов:*
 - кратковременность пребывания в медицинском учреждении;
 - трудность диагностики заболевания;
 - тяжесть состояния больного.

- *Субъективные причины расхождения диагнозов:*

- недостаточное обследование;
- недоучет анамнестических данных;
- недоучет клинических данных;
- недоучет или переоценка данных лабораторных, рентгенологических и других методов исследования;
- недоучет или переоценка заключения консультанта;
- неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

Комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), созданные во всех лечебно-профилактических учреждениях, являются коллегиальным органом контроля качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов, полученных при анализе летальных исходов.

Объектами анализа КИЛИ являются:

1. В стационарах - все случаи летальных исходов, как после патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также случаи летальных исходов, где по распоряжению администрации больницы не производилось патологоанатомическое исследование. В последних случаях анализируется не только качество лечебно-диагностического процесса, ведение медицинской документации, но и оправданность отмены патологоанатомического вскрытия.
2. В поликлиниках и других ЛПУ догоспитального этапа анализируются:
 - все случаи летального исхода больных на территории, обслуживаемой данным учреждением, вне зависимости от того, производилось или нет патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование трупа;
 - все случаи летального исхода больных в стационарах, если в данное учреждение поступила информация о допущенных в нем дефектах лечебно-профилактического процесса.

9. Порядок работы КИЛИ (выдержки)

..... На заседаниях КИЛИ лечащий врач кратко докладывает историю, а рецензент информируют комиссию об основных особенностях данного наблюдения, установленных им дефектах ведения больного и медицинской документации.

..... Если точка зрения рецензента и врачей патологоанатомического отделения на оценку качества диагностики и лечения совпадают, если у членов КИЛИ не имеется аргументированных возражений по этому вопросу, обсуждение случая завершается фиксированием принятого решения.

При несовпадении точек зрения, при наличии аргументированных возражений членов КИЛИ возможны следующие варианты:

- на данном заседании КИЛИ проводится обсуждение клинических и патологоанатомических материалов и, в случае согласования точек зрения, совместное решение фиксируется в журнале КИЛИ и клинико-анатомическом эпикризе.

- при отсутствии согласия сторон рассмотрение спорного случая летального исхода переносится на обсуждение лечебно-контрольной комиссии (ЛКК)

.....Все случаи ошибок клинической диагностики, отнесенных к III категории, все случаи ятрогенных осложнений после их обсуждения на заседаниях КИЛИ передаются в ЛКК.

.....Резюме о результатах обсуждения каждого случая летального исхода, проведенного на заседании КИЛИ, вклеивается секретарем КИЛИ в историю болезни, аналогичное резюме фиксируется в журнале КИЛИ.

Председатель КИЛИ представляет администрации лечебного учреждения в письменном виде краткое резюме итогов работы каждого заседания КИЛИ для информации и принятия необходимых мер.

На очередном заседании КИЛИ ее председатель информирует членов КИЛИ о мерах, принятых администрацией лечебного учреждения по материалам предшествовавшего заседания КИЛИ.

Лечебно-контрольные комиссии (ЛКК) , созданные во всех ЛПУ, являются органами оперативного контроля за состоянием лечебно-диагностического процесса, в том числе и на основании анализа материалов патологоанатомического исследования.

Объектами анализа на ЛКК являются:

- а) все случаи ошибок прижизненной диагностики, квалифицированные по III категории;
- б) все случаи витально опасных осложнений диагностических, хирургических, терапевтических, анестезиологических, реанимационных пособий (ятрогенные осложнения);
- в) все случаи грубых лечебно-диагностических ошибок при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической, акушерской и иной);
- г) все случаи, оставшиеся спорными после их обсуждения на заседаниях КИЛИ.

Клинико-анатомическая конференция (ПАК, КАК)

Задачей является повышение качества лечебно-диагностического процесса в данном лечебном учреждении на основе коллективного анализа наблюдений и проблем, наиболее актуальных для данного учреждения и временного периода.

Объекты обсуждения на клинико-анатомических конференциях:

- а) обсуждение случаев летального исхода, представляющих научный и практический интерес для широкого круга врачей-клиницистов
- б) обсуждение проблемы, касающиеся наиболее актуальных для данного учреждения вопросов заболеваемости, лечения, причин смерти при определенных нозологических формах (тематические ПАК, КАК);
- в) случаи ошибочной прижизненной диагностики (расхождения диагнозов);
- г) одна из ПАК должна быть посвящена анализу деятельности патологоанатомического отделения за предшествовавший год.

Участие в работе ПАК входят в функциональные обязанности всех врачей данного лечебного учреждения.

Ответственность за организацию и качество проведения клинико-анатомических конференций несет главный врач данного ЛПУ.

«МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ»

В соответствии с приказом
Минздравсоцразвития РФ №782н от
26.12.08 г. введена новые бланки
“Медицинского свидетельства о смерти”
(форма №106/у-08).

- К вышеназванному приказу прилагаются рекомендации по «Порядку выдачи и заполнения учётной формы № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти». Свидетельство выдаётся не позднее одних суток после патологоанатомического (судебно-медицинского) вскрытия или после установления причины смерти – оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось – близкому родственнику или законному представителю умершего, при предъявлении ими паспорта.
- Заполняется в зависимости от ситуации **врачом-клиницистом, патологоанатомом (судебно-медицинским экспертом) или фельдшером (акушеркой)**. Заполнение бланка производится путём вписывания необходимых сведений разборчивым почерком или подчёркиванием соответствующих обозначений ручкой с чернилами синего или чёрного цвета, чётко, без сокращений, основываясь на сведениях из документов, удостоверяющих личность умершего. Заполнению подлежат все пункты и графы свидетельства, а при отсутствии тех или иных сведений следует внести запись “не известно” (“не установлено”) или поставить прочерк.

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 106/У-08**

СЕРИЯ _____ **№** _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

**(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен
окончательного)
(подчеркнуть)**

серия _____ **№** _____ « _____ » _____ **20** ____ г.

- 1.** Фамилия, имя, отчество умершего (ей) _____
- 2.** Пол: мужской 1 , женский 2
- 3.** Дата рождения : число _____, месяц _____, год _____
- 4.** Дата смерти : число _____, месяц _____, год _____, **время** _____
- 5.** Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей) : республика ,
край, область _____ район _____ город
_____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
- 6.** Смерть наступила: на месте происшествия 1 , в машине скорой помощи 2 ,
в стационаре 3 , дома 4 , в другом месте 5

Для детей, умерших в возрасте до 1 года:

- 7.** Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____,
число месяцев _____, дней жизни _____
- 8.** Место рождения _____
- 9.** Фамилия, имя, отчество матери _____

10. Причина смерти

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток 1 из них в течение 7 суток 2 .

12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) 1 , в процессе родов (аборта) 2 , в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) 3 ; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов 4

13. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

_____ Подпись _____

14. Фамилия, имя, отчество получателя

_____ Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____

« _____ » _____ 20 _____ г Подпись получателя _____

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного
(подчеркнуть))

серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего (ей) _____
2. Пол: мужской 1 , женский 2
3. Дата рождения : число _____, месяц _____, год _____
4. Дата смерти : число _____, месяц _____, год _____, время _____
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей) : республика , край, область _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ кв. _____
6. Местность: городская 1 , сельская 2
7. Место смерти: республика , край, область _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ кв. _____
8. Местность: городская 1 , сельская 2
9. Смерть наступила: на месте происшествия 1 , в машине скорой помощи 2 , в стационаре 3 , дома 4 , в другом месте 5 .
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 недель) 1 , недоношенный (менее 37 недель) 2 , переносимый (42 недель и более) 3 .
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
масса тела ребенка при рождении _____ грамм 1 , каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ 2 , дата рождения матери _____ 3 , возраст матери (полных лет) _____ 4 , фамилия матери _____ 5 , имя _____ 6 , отчество _____ 7 ,
- 12.* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке 1 , не состоял(а) в зарегистрированном браке 2 , неизвестно 3 .
- 13.* Образование: профессиональное: высшее 1 , неполное высшее 2 , среднее 3 , начальное 4 ; общее: среднее (полное) 5 , основное 6 , начальное 7 ; не имеет начального образования 8 ; неизвестно 9 .
- 14.* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации 1 , прочие специалисты 2 , квалифицированные рабочие 3 , неквалифицированные рабочие 4 , занятые на военной службе 5 ; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры 6 , студенты и учащиеся 7 , работавшие в личном подсобном хозяйстве 8 , безработные 9 , прочие 10 .
15. Смерть произошла: от заболевания 1 ; несчастного случая: не связанного с производством 2 , связанного с производством 3 ; убийства 4 ; самоубийства 5 ; в ходе действий: военных 6 , террористических 7 ; род смерти не установлен 8 .

Запись причин смерти, предусмотренная п. 10 и 19 "а, б, в, г", осуществляется по нозологическому принципу в соответствии с рекомендациями ВОЗ и МКБ-10. В пунктах 10 и 19 "причина смерти" указывается в такой последовательности:

- I. а) болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти (непосредственная причина смерти);
- б) патологические состояния, которые привели к возникновению вышеуказанной причины (как правило, смертельные осложнения основного заболевания или травмы);
- в) основная (первоначальная) причина смерти, т.е. основное заболевание или повреждение;
- г) внешние причины при травмах и отравлениях, т.е. обстоятельства случившегося.

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при установленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число ____ месяц _____, год _____, время _____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть 1, лечащим врачом 2, фельдшером (акушеркой) 3, патологоанатомом 4, судебно-медицинским экспертом 5.

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) _____
(фамилия, имя, отчество)

должность _____,

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа 1, записей в медицинской документации 2, предшествующего наблюдения за больным (ой) 3, вскрытия 4 мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила— в течение 30 суток 1, из них в течение 7 суток 2.

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) 1, в процессе родов (аборта) 2, в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) 3; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов 4.

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____ Подпись _____

Руководитель медицинской организации,
частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество)

Печать

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

19. Причины смерти:

I. а) _____

(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)

б) _____

(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)

в) _____

(первоначальная причина смерти указывается последней)

г) _____

(внешняя причина при травмах и отравлениях)

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшем к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью

Код по МКБ-10

				.	
--	--	--	--	---	--

				.	
--	--	--	--	---	--

				.	
--	--	--	--	---	--

				.	
--	--	--	--	---	--

				.	
--	--	--	--	---	--

Запись причин смерти, предусмотренная п. 10 и 19 "а, б, в, г", осуществляется по нозологическому принципу в соответствии с рекомендациями ВОЗ и МКБ-10. В пунктах 10 и 19 "причина смерти" указывается в такой последовательности:

- I. а) болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти (непосредственная причина смерти);
- б) патологические состояния, которые привели к возникновению вышеуказанной причины (как правило, смертельные осложнения основного заболевания или травмы);
- в) основная (первоначальная) причина смерти, т.е. основное заболевание или повреждение;
- г) внешние причины при травмах и отравлениях, т.е. обстоятельства случившегося.

Во второй части п. 10 и 19, отмеченной римской цифрой II, указываются прочие важные состояния (конкурирующие, фоновые, сочетанные или сопутствующие заболевания или повреждения), существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, но патогенетически не связанные с болезнью (травмой) или патологическим состоянием, приведшим к смерти.

ПРИМЕР. Медицинское свидетельство о смерти”:

I. а) Кардиогенный шок.	2 часа	Шифр R57.1
б) ---		
в) Повторный инфаркт миокарда.	24 часа	Шифр I 21.2
II. Сахарный диабет 2 типа.	19 лет	Шифр E 11.7

!!! Недопустимо, чтобы непосредственную причину смерти заменяли явления, при которых наступила смерть (механизмы смерти), как, например, лёгочно-сердечная недостаточность и т.п.

Если для установления или уточнения причины смерти необходимо проведение лабораторных и дополнительных исследований, патологоанатомом (или судебно-медицинским экспертом) выдаётся предварительное свидетельство. После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений составляется окончательное свидетельство с отметкой “взамен предварительного №__”, которое пересылается непосредственно в региональное (территориальное) статистическое управление. Если было выдано «Медицинское свидетельство о смерти» с пометкой “окончательное”, а в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, то следует отправить новое «Медицинское свидетельство о смерти», подчеркнув в бланке “взамен окончательного”, и указать в соответствующей графе номер и дату предыдущего.