|  |  |
| --- | --- |
| Штамп МО |  |

**Подтверждение случая смерти**

(к форме № 14, т 2000)

Заключительный клинический или патологоанатомический диагноз:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (ка). Возраст \_\_\_\_\_\_\_, дата поступления \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_,

дата смерти \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

Обоснование диагноза\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| МП |  | Подпись руководителя |

**\*Примечание:**

Заполняется на бланке МО.

Обоснование диагноза, от которого умер пациент(ка), должно быть четким, конкретным, понятным, в печатном виде за подписью руководителя. Заполняется каждый случай на отдельном листе. Сдается подтверждение случая смерти по графику в день сдачи годового статистического отчета.