МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

10 июня 2021 г. Донецк № 1707

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 4551
от «01» июля 2021 г.

Об утверждении Порядка выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения

С целью упорядочения процедуры государственной регистрации рождения ребенка, родившегося вне учреждения здравоохранения, во исполнение пункта 3.2 Правил государственной регистрации актов гражданского состояния, утвержденных Постановлением Правительства Донецкой Народной Республики от 12 сентября 2019 г. № 25-12, руководствуясь пунктом 3.5 раздела III, пунктом 4.2 раздела IV ПОЛОЖЕНИЯ О МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ (новая редакция), утвержденного Постановлением Правительства Донецкой Народной Республики от 17 февраля 2020 г. № 6-5,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения (прилагается).

2. Юридическому отделу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить представление настоящего Приказа в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики для его

государственной регистрации.

3. Настоящий Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

И.о. Министра А.А. Оприщенко

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 10 июня 2021 № 1707

Порядок выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения

I. Общие положения

1.1. Порядок выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения (далее – Порядок), определяет последовательность действий и процедуру выдачи Медицинского заключения о подтверждении факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения (далее – Заключение) комиссией Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по подтверждению факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения (далее – Комиссия).

1.2. Комиссия рассматривает предоставленные документы, а также факты, подтверждающие рождение конкретной женщиной конкретного ребенка и принимает решение по вопросу подтверждения рождения ребенка конкретной матерью вне учреждения здравоохранения по письменному обращению женщины, которая предположительно родила ребенка вне учреждения здравоохранения, или ее мужа (предполагаемого отца ребенка), родственников, других лиц (по желанию женщины), представителя службы по делам семьи и детей (далее – Заявитель) на имя Министра здравоохранения Донецкой Народной Республики.

II. Состав и порядок работы Комиссии

2.1. Персональный состав Комиссии утверждается приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2.2. Состав Комиссии формируется не менее чем из пяти человек: председателя Комиссии, заместителя председателя Комиссии, секретаря и членов Комиссии.

2.3. В случае необходимости на заседание Комиссии с консультативной целью привлекаются медицинские специалисты учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики. Привлеченные медицинские специалисты не являются членами Комиссии и не принимают участия в принятии решения.

2.4. Комиссия правомочна принимать решения при наличии на заседании не менее 2/3 ее постоянного состава.

2.5. Организационной формой работы Комиссии является заседание, которое проводится не позднее 14 рабочих дней со дня поступления письменного обращения от Заявителя.

2.6. Заседание Комиссии проводит председатель Комиссии, а в случае его отсутствия – заместитель председателя Комиссии.

2.7. Подготовку и оформление материалов для работы Комиссии, их учет и хранение осуществляет секретарь Комиссии.

2.8. Решение Комиссии принимается путем открытого голосования и оформляется Протоколом заседания Комиссии по форме, в соответствии с приложением 1 к настоящему Порядку, который подписывается председателем, секретарем и членами Комиссии.

2.9. В случае равного количества голосов, голос председателя Комиссии (или лица, его заменяющего) является решающим.

III. Порядок и сроки рассмотрения вопроса и получения Заключения

3.1. Для рассмотрения Комиссией вопроса подтверждения рождения ребенка вне учреждения здравоохранения Заявитель подает в Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики следующие документы:

3.1.1. Письменное обращение на имя Министра здравоохранения Донецкой Народной Республики с просьбой о рассмотрении вопроса подтверждения факта рождения ребенка матерью (фамилия, имя, отчество предполагаемой матери) вне учреждения здравоохранения (в произвольной форме).

3.1.2. Копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Заявителя.

3.1.3. Копию документа, удостоверяющего личность предполагаемой матери.

3.1.4. Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы (форма первичной учетной документации № 113/у), утвержденную Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 02.06.2015 № 012.1/41 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности»,

зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 22.06.2015, регистрационный № 215, (при наличии) и/или копии медицинской документации, имеющейся у предполагаемой матери, подтверждающей факты оказания медицинской помощи женщине во время беременности и родов.

3.1.5. Результаты анализов, ультразвуковых исследований, проведенных во время беременности женщины, родившей ребенка вне учреждения здравоохранения.

3.1.6. Медицинскую справку учреждения здравоохранения об осмотре женщины, родившей вне учреждения здравоохранения, по форме в соответствии с приложением 2 к настоящему Порядку.

3.1.7. Медицинскую справку учреждения здравоохранения об осмотре ребенка, который родился вне учреждения здравоохранения, по форме в соответствии с приложением 3 к настоящему Порядку.

3.1.8. Иные документы, которые могут служить подтверждением оказания медицинской помощи женщине в связи с беременностью и родами или могут свидетельствовать о наличии родства между ребенком и предполагаемой матерью (в том числе экспертиза ДНК).

3.2. Документы, указанные в подпунктах 3.1.4-3.1.8 пункта 3.1 раздела III настоящего Порядка, подаются Заявителем в случае их наличия.

3.3. В случае необходимости Комиссией запрашивается дополнительная информация и копии медицинской документации, которая может служить подтверждением оказания медицинской помощи женщине в связи с беременностью и родами, из учреждений здравоохранения и Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Донецкой Народной Республики, а также приглашаются медицинские работники, присутствовавшие при родах вне учреждения здравоохранения.

3.4. Комиссия принимает одно из следующих решений: подтвердить факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения, отказать в подтверждении факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения.

3.5. Критерием для принятия решения о подтверждении факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения является наличие не менее 2 достоверных фактов, подтверждающих рождение конкретной женщиной конкретного ребенка:

3.5.1. Наличие свидетелей из числа медицинских работников учреждений здравоохранения, в присутствии которых произошли роды вне учреждения

здравоохранения (в том числе на дому, в машине скорой помощи и пр.), готовых подтвердить данный факт.

3.5.2. Наличие заключения проведенной ДНК-экспертизы, подтверждающей генетическое родство предполагаемой матери и ребенка.

3.5.3. Совокупность данных в медицинской документации предполагаемой матери, подтверждающих наличие маточной беременности, а также наблюдение за её развитием и течением медицинскими работниками учреждений здравоохранения, вплоть до предполагаемой даты родов, а также соответствие этих данных (срок гестации при последней явке в женскую консультацию и прочее) антропометрическим данным ребенка в период, не превышающий 7 дней после рождения, подтвержденным записями в медицинской документации ребенка медицинскими работниками учреждений здравоохранения.

3.6. Комиссия, не позднее четырнадцати рабочих дней с даты поступления обращения, проводит заседание, по результатам которого составляется Протокол.

3.7. По результатам проведенного заседания Комиссии, на основании Протокола заседания Комиссии составляется Заключение, по форме согласно приложению 4 к настоящему Порядку, заверенное подписями всех членов Комиссии и печатью Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, в двух экземплярах, в срок, не превышающий пяти рабочих дней с даты заседания Комиссии.

3.8. Один экземпляр Заключения выдается Заявителю в семидневный срок от даты заседания Комиссии при личном обращении Заявителя к секретарю Комиссии.

Второй экземпляр Заключения приобщается к материалам работы Комиссии.

В случае отказа Комиссии в подтверждении факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения, копия Заключения, заверенная печатью Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, направляется в Министерство внутренних дел Донецкой Народной Республики.

Начальник отдела организации медицинской
помощи детям и службы родовспоможения
Департамента организации медицинской
помощи и лекарственного обеспечения
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики Н.Е. Скворцова

Приложение 1
к Порядку выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения (пункты 2.8, 3.6)

Протокол заседания комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по подтверждению факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения

от ___.___.20____ **г. Донецк** **№_____**

Повестка дня: рассмотрение комиссией Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по подтверждению факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения (далее – Комиссия) вопроса подтверждения факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения матерью_____, матерью _____.
ФИО предполагаемой матери ФИО предполагаемой матери

На основании изучения имеющихся документов, беседы с медицинскими работниками, Комиссия приняла следующее решение:

№ п/п	ФИО матери (предполагаемой)	Дата родов (предполагаемая)	Пол ребенка	Дата рождения ребенка (предполагаемая)	Фактическое место родов	Решение комиссии
1.						_____ факт(а) рождения ребенка вне учреждения здравоохранения
2.						_____ факт(а) рождения ребенка вне учреждения здравоохранения

Председатель Комиссии _____ (подпись) _____ (инициалы и фамилия)

Заместитель председателя Комиссии _____ (подпись) _____ (инициалы и фамилия)

Члены Комиссии: _____ (подпись) _____ (инициалы и фамилия)

_____ (подпись) _____ (инициалы и фамилия)

_____ (подпись) _____ (инициалы и фамилия)

Секретарь Комиссии _____ (подпись) _____ (инициалы и фамилия)

Приложение 2
к Порядку выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения
(подпункт 3.1.6 пункта 3.1)

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
учреждения здравоохранения

_____
(наименование учреждения здравоохранения, в котором осматривалась женщина)

об осмотре женщины, родившей вне учреждения здравоохранения

от ___ _____ 20__ г. № _____

_____
(фамилия, имя и отчество женщины)

Дата рождения женщины _____
Дата осмотра женщины ___ _____ 20__ г.
Результаты осмотра женщины врачом-акушером-гинекологом учреждения здравоохранения:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Предполагаемая дата родов ___ _____ 20__ г.

Врач-акушер-гинеколог _____ (подпись) _____ (фамилия и инициалы)

Руководитель структурного подразделения _____ (подпись) _____ (фамилия и инициалы)

Руководитель учреждения здравоохранения _____ (подпись) _____ (фамилия и инициалы)

___ _____ 20__ г.

М.П.
Получатель медицинской справки _____ (подпись) _____ (фамилия, имя и отчество)
___ _____ 20__ г.

Приложение 3
к Порядку выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения
(подпункт 3.1.7 пункта 3.1)

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
учреждения здравоохранения

_____
(наименование учреждения здравоохранения, в котором осматривался ребенок)

об осмотре ребенка, который родился вне учреждения здравоохранения

от ___ _____ 20__ г. № _____

Дата взятия на учет ребенка в учреждении здравоохранения
___ _____ 20__ г.

Пол ребенка: мальчик, девочка (необходимое подчеркнуть)

Во время взятия ребенка на учет: вес ребенка _____, рост ребенка _____

состояние здоровья ребенка:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Предполагаемая дата рождения ребенка ___ _____ 20__ г.

Врач-педиатр (врач-неонатолог) _____ _____
(подпись) (фамилия и инициалы)

Руководитель структурного подразделения _____ _____
(подпись) (фамилия и инициалы)

Руководитель учреждения здравоохранения _____ _____
(подпись) (фамилия и инициалы)

___ _____ 20__ г.

М.П.

Получатель медицинской справки _____ _____
(подпись) (фамилия, имя и отчество)

___ _____ 20__ р.

Приложение 4
к Порядку выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения
(пункт 3.7)

Медицинское заключение, подтверждающее факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения №_____

Комиссия Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по подтверждению факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения, по результатам рассмотрения обращения

_____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

на основании изучения:

- паспорта или иного документа, удостоверяющего личность заявителя, предполагаемой матери

_____
(серия, номер, кем и когда выдан)

- копии (обменной карты родильного дома, родильного отделения учреждения здравоохранения, выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (при наличии), иной медицинской документации)_____

_____
(наименование учреждения здравоохранения, выдавшего медицинскую документацию)

- результатов анализов, ультразвуковых исследований, проведенных во время беременности женщины, родившей ребенка вне учреждения здравоохранения (при наличии)

_____
(наименование учреждения здравоохранения, в котором проведены анализы и исследование, дата их проведения)

_____

_____

- копии:

- карточки вызова бригады скорой медицинской помощи по форме № 109/о (при наличии)_____
(наименование учреждения здравоохранения, выдавшего карточку, дата выдачи)

- медицинской справки учреждения здравоохранения об осмотре ребенка, который родился вне учреждения здравоохранения (от ___ _____20____), и медицинской справки учреждения здравоохранения об осмотре женщины, родившей вне учреждения здравоохранения (от ___ _____ 20____) _____
(наименование учреждений здравоохранения, которыми выданы справки)

- других документов, которые подтверждают оказание медицинской помощи женщине в связи с родами _____

УСТАНОВИЛА:

ФИО матери (предполагаемой)	Дата родов (предполагаемая)	Пол ребенка	Дата рождения ребенка (предполагаемая)	Фактическое место родов

РЕШИЛА:

_____
(подтвердить факт /отказать в подтверждении факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения)

Продолжение приложения 4

Медицинское заключение составлено на основании протокола от _____ 20__г. № ____

Председатель Комиссии _____ _____
(подпись) (инициалы и фамилия)

Заместитель председателя Комиссии _____ _____
(подпись) (инициалы и фамилия)

Члены Комиссии: _____ _____
(подпись) (инициалы и фамилия)

_____ _____
(подпись) (инициалы и фамилия)

_____ _____
(подпись) (инициалы и фамилия)

Секретарь Комиссии _____ _____
(подпись) (инициалы и фамилия)

___ _____ 20__ г.

М. П.