



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

25.12.2025

№ 3755-1/17А

г. Новосибирск

Об определении на территории Новосибирской области перечня номеров медицинских свидетельств о рождении в форме электронного документа

В целях реализации регионального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», исполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2021 № 987н «Об утверждении формы документа о рождении и порядка его выдачи» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить диапазон номеров автоматической сквозной нумерации медицинских свидетельств о рождении в форме электронного документа для использования на территории Новосибирской области с 01.01.2026 по 31.12.2026 государственным медицинским учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Новосибирской области (далее – МО НСО), с 1026000001 по 1026100000.

2. Утвердить прилагаемую форму согласия на формирование медицинского свидетельства о рождении в форме электронного документа на территории Новосибирской области (далее – Согласие).

3. Руководителям МО НСО назначить лиц, ответственных за формирование медицинских свидетельств о рождении в форме электронного документа:

1) обеспечить 100% формирование медицинских свидетельств о рождении в форме электронного документа от общего количества медицинских свидетельств о рождении по учетной форме № 103/у, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2021 № 987н «Об утверждении формы документа о рождении и порядка его выдачи», посредством подсистемы «Федеральный реестр электронных медицинских документов» Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – РЭМД);

2) использовать в работе утвержденное Согласие;

3) обеспечить информирование матерей ребенка об особенностях получения и использования медицинского свидетельства о рождении в форме электронного документа.

4. Директору государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр» Хмелевой М.О. обеспечить:

1) контроль за автоматической генерацией и выделением МО НСО уникальных сквозных номеров свидетельств о рождении в форме электронного документа в Медицинской информационной системе Новосибирской области;

2) методологическое и техническое сопровождение МО НСО при формировании медицинских свидетельств о рождении в форме электронного документа, включая подписание и регистрацию структурированных электронных медицинских документов в РЭМД.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Анохину Т.Ю.

6. Настоящий приказ вступает в силу с 01.01.2026.

Министр

Р.М. Заблоцкий

УТВЕРЖДЕНО
приказом министерства здравоохранения
Новосибирской области
от 25.12.2025 № 3735-Н/М

СОГЛАСИЕ
на формирование медицинского свидетельства о рождении в форме электронного документа на территории Новосибирской области

[название медицинской организации]

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных и получение услуги в электронном виде в «Личный кабинет» ЕПГУ

Я, [Фамилия, Имя, Отчество заявителя], документ удостоверяющий личность [серия] [номер] [выдан [дата] [кем], СНИЛС [номер] даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных, в объеме достаточном для формирования медицинского свидетельства о рождении в форме электронного документа на территории Новосибирской области в электронном виде в «Личный кабинет» федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее – ЕПГУ).

Мне разъяснено следующее:

1) в случае формирования медицинского свидетельства о рождении в форме электронного медицинского документа медицинское свидетельство о рождении на бумажном носителе не выдается;

2) учетная запись на портале ЕПГУ должна быть подтвержденной. Подтвержденная учётная запись дает полный доступ ко всем электронным государственным услугам для физических лиц.

«___» _____ 20__ г. Подпись получателя услуги

Расписался в моем присутствии

Врач/медицинская сестра _____ (Ф.И.О)

_____ (подпись)