



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от «12» марта 2025 года

№ 888

г. Симферополь

*О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения
Республики Крым
от 17 июля 2024 года № 1091*

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации Приказ от 06 июня 2013 года № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» и от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести приказа Министерства здравоохранения Республики Крым от 17 июля 2024 года № 1091 «Об утверждении регламента взаимодействия медицинских работников в случае смерти человека в Республике Крым» изменения, изложив приложение 3 к приказу в новой редакции (прилагается).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым Лясковского А.И.

Министр

А. Натаров

Приложение 3
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от « 17 » июля 2024 года № 1091
(в редакции приказа Министерства
здравоохранения Республики Крым
от « 12 » июля 2025 года № 889)

штамп направляющей медицинской организации

Направление
на патолого-анатомическое вскрытие/на хранение тела умершего
(ненужное зачеркнуть)

в патолого-анатомическое отделение _____
(наименование медицинской организации)

Фамилия Имя Отчество (при наличии) умершего (матери плода): _____

Дата рождения умершего (возраст): _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии): _____

Адрес регистрации по месту жительства: _____

Адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____

Дата и время наступления/констатации смерти: _____

Место наступления смерти: _____

Заключительный клинический диагноз (при наличии): _____

Фамилия Имя Отчество (при наличии) врача (фельдшера): _____

(подпись) « ____ » _____ 20__ года

М.П.