ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
30.07.2012 № 577

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 168-1/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України №

ДОВІДКА
про причинний зв'язок смерті з
професійним захворюванням або трудовим каліцтвом

Серія _____ №

1. Профіль МСЕК
2. Підприємство, установа, організація, що надала направлення на МСЕК
3. Прізвище, ім'я, по батькові померлого

4. Дата народження (число, місяць, рік) 5. Дата смерті (число, місяць, рік)

6. Висновки МСЕК:
причинний зв'язок смерті з професійним захворюванням
трудовим каліцтвом від

7. Підстава: акт огляду МСЕК № 8. Дата (число, місяць, рік)

М.П. **Голова МСЕК** (підпис) (П.І.Б.)

✂----------Лінія відрізу----------✂

ДОВІДКА
про причинний зв'язок смерті з
професійним захворюванням або трудовим каліцтвом

Серія _____ №

1. Профіль МСЕК
2. Підприємство, установа, організація, що надала направлення на МСЕК
3. Прізвище, ім'я,. по батькові померлого

4. Дата народження (число, місяць, рік) 5. Дата смерті (число, місяць, рік)

6. Висновки МСЕК:
причинний зв'язок смерті з професійним захворюванням
трудовим каліцтвом від

7. Підстава: акт огляду МСЕК № 8. Дата (число, місяць, рік)

М.П. **Голова МСЕК** (підпис) (П.І.Б.)