

**Методична розробка для лікарів – інтернів зі спеціальності  
«внутрішні хвороби»**

ТЕМА: Загальні питання організації медичної допомоги населенню України. Принципи роботи лікувально-поліклінічних закладів. Стаціонарна та амбулаторна терапевтична допомога

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 8 годин

**Актуальність теми:** Різноманітна діяльність амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку та аналізу роботи закладів в цілому, окремих підрозділів і медичного персоналу. Проведення його є однією із складових частин процесу управління, що потребує оптимального інформаційного забезпечення.

В лікувально-профілактичних закладах циркулює численна інформація щодо хворих, використання ресурсів (ліжок по відділеннях, лікувально-діагностичних та допоміжних підрозділів), коштів.

Відповідні дані про всі розділи роботи можна отримати з облікових документів, затверджених МОЗ України.

**Навчальні цілі заняття:**

ЗНАТИ:

- оформлення медичної документації;
- статистичну звітність;
- профілактичні та реабілітаційні державні програми;
- реабілітацію терапевтичних хворих.

ВМІТИ:

- оформлювати звітну документацію;
- оформлювати облікову документацію;
- проводити санітарно-освітню роботу;
- заповнювати лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106/о);
- здійснювати відбір пацієнтів для профілактичних та реабілітаційних державних програм.

# **Зміст**

## **теми заняття**



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
08.08.2006 N 545  
( z1150-06 )

Зареєстровано в Міністерстві  
юстиції України  
25 жовтня 2006 р.  
за N 1152/13026

**ІНСТРУКЦІЯ  
щодо заповнення та видачі лікарського  
свідоцтва про смерть  
(форма N 106/о)**

Інструкція обов'язкова для всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності, бюро судово-медичної експертизи, патолого-анатомічних бюро.

**1. Загальні положення**

1.1. Для забезпечення реєстрації смерті в органах реєстрації актів цивільного стану закладом охорони здоров'я видається лікарське свідоцтво про смерть (форма N 106/о).

1.2. Лікарське свідоцтво про смерть видається такими закладами охорони здоров'я: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, диспансерами, пологовими будинками, санаторіями, патолого-анатомічними бюро, бюро судово-медичної експертизи.

1.3. У містах, селищах міського типу, населених пунктах сільської місцевості в закладах охорони здоров'я, у яких працюють не менше двох лікарів, видаються тільки лікарські свідоцтва про смерть. У сільських населених пунктах у закладах охорони здоров'я, де працює тільки один лікар, у разі його відсутності (хвороба, відпустка і таке інше), фельдшером видається фельдшерська довідка про смерть (форма N 106-1/о ( z1153-06 )).

У випадках смерті дітей у віці 0-6 діб та мертвонародження закладами охорони здоров'я заповнюються лікарські свідоцтва про перинатальну смерть (форма N 106-2/о ( z1154-06 )), лікарське свідоцтво про смерть у цих випадках не видається.

**2. Порядок видачі лікарського  
свідоцтва про смерть**

2.1. Перший примірник лікарського свідоцтва про смерть видається родичам померлого чи іншим особам, які зобов'язалися поховати померлого, другий примірник лікарського свідоцтва про смерть залишається в закладі охорони здоров'я. Видача трупа без

лікарського свідоцтва про смерть забороняється. У разі поховання померлого закладом охорони здоров'я - останній обов'язково заповнює лікарське свідоцтво про смерть і передає його в органи реєстрації актів цивільного стану не пізніше трьох діб з дня смерті.

У разі загублення лікарського свідоцтва про смерть видається нове свідоцтво з поміткою "дублікат" на підставі письмової заяви особи, яка отримала оригінал, або іншої особи, яка зобов'язалася поховати померлого. Дублікат заповнюється у двох примірниках, номери яких повинні бути ідентичними. Перший примірник дублікату видається родичам померлого або особі, яка зобов'язалася поховати померлого, другий примірник разом із заявою про його отримання залишаються в закладі охорони здоров'я.

2.2. Лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем медичного закладу, що лікував померлого, на підставі спостережень за хворим і записів у медичній документації, які відображали стан хворого до його смерті, або патологоанатомом на підставі вивчення медичної документації і результату розтину.

2.3. У разі, якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруєнь тощо), після штучного абортів, проведеного поза межами медичного закладу, смерті на виробництві, при раптовій смерті дітей першого року життя та інших осіб, які не перебували під медичним наглядом, померлих, особа яких не встановлена, а також у тих випадках, коли є підозра на насильницьку смерть, лікарське свідоцтво про смерть видається судово-медичним експертом після розтину.

2.4. Забороняється видача лікарського свідоцтва про смерть заочно, без особистого встановлення лікарем факту смерті. У виняткових випадках свідоцтво про смерть може бути видано лікарем, який встановив смерть тільки на підставі огляду трупа (при відсутності ознак або підозри на насильницьку смерть) та даних медичної документації про наявність у померлого при житті хвороб, які в своєму перебігу могли призвести до настання смерті.

Патологоанатом, як правило, видає лікарське свідоцтво про смерть на підставі розтину трупів.

Патолого-анатомічне дослідження може не призначатися у випадках, передбачених статтею 6 Закону України "Про поховання та похоронну справу" ( 1102-15 ). У цих випадках лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем, під наглядом якого був померлий.

2.5. Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я забезпечує контроль за достовірністю заповнення лікарських свідоцтв про смерть, своєчасну їх видачу родичам померлого та особам, які мають право на його отримання, передачу його в органи реєстрації актів цивільного стану у випадках поховання померлого закладом охорони здоров'я.

2.6. Лікарське свідоцтво про смерть видається обов'язково з поміткою "остаточне", "попередне", "замість попереднього", "замість остаточного".

Лікарське свідоцтво про смерть з поміткою "попередне" видається в тих випадках, коли для встановлення чи уточнення причини смерті потрібно провести додаткові дослідження. Після уточнення причини смерті заповнюється нове лікарське свідоцтво з поміткою "замість попереднього" теж у двох примірниках, номери яких мають бути ідентичними, перший примірник якого пересилається закладом охорони здоров'я безпосередньо у відповідні місцеві

заповнення вічок відповідними позначеннями.

3.7. У пункті 7 лікарського свідоцтва про смерть указується місце постійного проживання померлого відповідно до паспортних даних або довідки про реєстрацію місця проживання чи місце перебування. У разі її відсутності потрібно зазначити: "невідомо". Не можна вказувати місце тимчасового проживання померлого або місцезнаходження медичного закладу.

3.8. Лікарське свідоцтво про смерть заповнюється кульковою ручкою розбірливим почерком. Запис в обох примірниках має бути повністю ідентичним.

3.9. Заповненню підлягають усі пункти лікарського свідоцтва про смерть. При відсутності тих чи інших відомостей потрібно зазначити: "невідомо", "не встановлено".

3.10. Пункт 9 лікарського свідоцтва про смерть заповнюється таким чином:

- якщо основна причина смерті кодується в межах I-XVII класів за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі - МКХ-10), вибирається - 1 (захворювання);

- якщо основна причина смерті кодується в межах XVIII класу за МКХ-10, вибирається - 2 (неуточнені причини смерті);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класів V01-X59 за МКХ-10, вибирається - 3, 4 (нешасний випадок поза виробництвом, нещасний випадок у зв'язку з виробництвом);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу X60-X84 за МКХ-10, вибирається - 5 (навмисне самоушкодження);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класів X85-Y09 за МКХ-10, вибирається - 6 (наслідки нападу);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y10-Y34 за МКХ-10, вибирається - 7 (випадки ушкодження з невизначеним наміром);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y35-Y36 за МКХ-10, вибирається - 8 (ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y40-Y84 за МКХ-10, вибирається - 9 (ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної допомоги);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y85-Y89 за МКХ-10, вибирається - 10 (віддалені наслідки зовнішніх причин захворюваності та смертності).

3.11. У пункті 11 лікар указує свої прізвище, ім'я, по батькові, посаду і зазначає підставу, яка дає змогу визначити послідовність патологічних процесів, які призвели до смерті, і вказує причину смерті.

Основною (первинною) причиною смерті потрібно вважати хворобу або травму, що призвела до розвитку хворобливих процесів, які спричинили смерть, або наслідки нещасного випадку чи насильства, що стали причиною смерті.

У частині I пункту 11 у рядку "а" записується хвороба або стан, що безпосередньо призвела до смерті, у рядках "б", "в", "г" зазначаються патологічні стани (якщо такі були), що зумовили безпосередню причину смерті (згадану вище); основна причина смерті вказується в останню чергу. Під безпосередньою причиною смерті потрібно розуміти хворобу або стан, що безпосередньо викликали смерть.

органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення "попереднього" лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладах охорони здоров'я.

Якщо було видано лікарське свідоцтво про смерть з поміткою "остаточне" та була виявлена помилка в записі діагнозу, необхідно заповнити нове лікарське свідоцтво у двох примірниках "замість остаточного лікарського свідоцтва про смерть N\_\_\_", перший примірник якого заклади охорони здоров'я направляють у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення "остаточного" лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладі охорони здоров'я.

На підставі письмової заяви дозволяється видача другого примірника лікарського свідоцтва про смерть, яке було заповнено з поміткою "замість попереднього", родичам померлого в разі звернення їх у заклади охорони здоров'я протягом одного року після його смерті, якщо були додаткові дослідження для уточнення причини смерті.

2.7. Неправильно заповнені примірники лікарських свідоцтв про смерть закреслюються із записом "анульовано" і залишаються в закладі охорони здоров'я.

2.8. Лікар, який відповідає за якість заповнення лікарських свідоцтв про смерть, у разі, якщо виявив помилки, зобов'язаний:

а) уточнити розбіжності з лікарем, який видав лікарське свідоцтво про смерть за первинною медичною документацією, забезпечити правильне заповнення лікарського свідоцтва про смерть. У цьому випадку видається лікарське свідоцтво про смерть (замість остаточного N \_\_\_), перший примірник якого направляється у відповідні органи статистики, другий примірник залишається у закладі охорони здоров'я;

б) забезпечити розгляд неправильно заповнених лікарських свідоцтв про смерть на лікарських конференціях, нарадах.

Лікар, який відповідає за перевірку, не має права самостійно вносити зміни та доповнення у лікарські свідоцтва про смерть.

### 3. Порядок заповнення лікарського свідоцтва про смерть

3.1. Бланки обох примірників лікарських свідоцтв про смерть брошуруються і у вигляді книги зберігаються у головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я, його заступника або в завідувача районного, міжрайонного та міського відділу або відділення патолого-анатомічного бюро та бюро судово-медичної експертизи.

3.2. Лікарське свідоцтво про смерть заповнюється у 2-х примірниках формату А4 з обох боків.

3.3. При заповненні бланка підпорядкування медичного закладу зазначається у відповідності до відомчої підпорядкованості.

3.4. У верхньому кутку штампа обов'язково проставляється ідентифікаційний код ЄДРПОУ закладу охорони здоров'я.

3.5. Лікарські свідоцтва про смерть нумеруються шляхом зазначення порядкового номера свідоцтва. Номери на обох примірниках свідоцтва мають бути ідентичними.

3.6. Заповнення лікарського свідоцтва про смерть проводиться шляхом підкреслювання, вписання необхідних відомостей та

г) Наїзд автобуса на пішохода на шосе (V04.1)

II. \_\_\_\_\_

Основна причина смерті повинна бути зашифрована - наїзд автобуса на пішохода на шосе (V04.1).

Приклад 2:

- I. а) Перитоніт  
б) Розрив шлунка та поперечної ободової кишки (S36.3)  
в) Травмований пішохід (V09.3)  
г) \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

Основна причина смерті - травмований пішохід (V09.3).

У пункті 12 потрібно точно вказати дату травми: рік, місяць, число, а також обставини і місце смерті.

3.15. Якщо померлий належить до осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, у пункті 13 лікарського свідоцтва про смерть потрібно зазначити категорію та серію посвідчення. Ці відомості записуються на підставі посвідчення померлого, виданого у відповідності до Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" ( 796-12 ).

3.16. Обидва примірники лікарського свідоцтва про смерть підписують лікар, який особисто його заповнив, і особа, яка звернулась до закладу охорони здоров'я за документом. Обов'язково проставляється дата заповнення свідоцтва.

3.17. Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть (його дата, номер, причина смерті) повинен бути зроблений у відповідних медичних документах: "Медичній карті стаціонарного хворого" (форма N 003/о ( va184282-99 ), "Історії пологів" (форма N 096/о), "Протоколі (карті) патолого-анатомічного дослідження" (форма N 013/о), які затверджені наказом МОЗ України від 26.07.99 N 184 ( va184282-99 ) "Про затвердження форм облікової медичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів" (зі змінами), "Медичній карті амбулаторного хворого" (форма N 025/о), яка затверджена наказом МОЗ України від 27.12.99 N 302 ( v0302282-99 ) "Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)", "Акті судово-медичного дослідження (обстеження)" (форма N 171/о), який затверджено наказом МОЗ України від 05.08.99 N 197 ( v0197282-99 ) "Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в закладах охорони здоров'я".

3.18. Свідоцтво засвідчується круглою печаткою закладу тільки після того, як воно було перевірено відповідальним лікарем, про що він робить запис у вищезазначених медичних документах.

3.19. Одночасно при видачі лікарського свідоцтва про перинатальну смерть лікар заповнює довідку про причину смерті в одному примірнику і видає родичам померлого чи іншим особам для поховання. Номери довідки про причину смерті і лікарського свідоцтва про смерть мають бути ідентичними. Довідка завіряється



круглою печаткою закладу.

Начальник Центру медичної  
статистики МОЗ України

М.В.Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
08.08.2006 N 545

Назва міністерства, іншого центрально- го органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ----- Форма первинної облікової документації  N 106/о
Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення _____	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 08.08.2006 N 545
Ідентифікаційний код ЄДРПОУ ----- 	

**ЛІКАРСЬКЕ СВІДОЦТВО ПРО СМЕРТЬ N \_\_\_\_\_**  
**(остаточне, попереднє, замість попереднього N \_\_\_\_\_ ,**  
**замість остаточного N \_\_\_\_\_)**  
**(видається для реєстрації в органах реєстрації**  
**актів цивільного стану)**

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.  
(дата видачі)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого \_\_\_\_\_

-----  
| | 2. Стать: чол.-1, жін.-2 (підкреслити).  
-----

| | 3. Дата народження: рік \_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_  
-----

| | 4. Дата смерті: рік \_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_  
-----

| | 5. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 місяця:  
----- доношений - 1, недоношений - 2 (підкреслити).

6. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 року:

-----  
| | а) маса (вага) при народженні \_\_\_\_\_ г,  
-----

| | б) зріст при народженні \_\_\_\_\_ см.

-----  
-----  
| | 7. Місце проживання померлого:  
----- Держава \_\_\_\_\_, республіка, область \_\_\_\_\_,  
район \_\_\_\_\_, місто, смт - 1,  
селище - 2 (підкреслити) \_\_\_\_\_, вул. \_\_\_\_\_,  
буд. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_

8. Місце смерті:  
а) держава \_\_\_\_\_, республіка, область \_\_\_\_\_,  
район \_\_\_\_\_, населений пункт \_\_\_\_\_,  
(вписати)

-----  
| | б) смерть настала: у стаціонарі - 1, вдома - 2, в іншому  
----- місці - 3 (підкреслити) \_\_\_\_\_  
(вписати, де)

----- лінія відрізу -----

**ДОВІДКА ПРО ПРИЧИНУ СМЕРТІ**  
(до форми N 106/о N \_\_\_\_\_, видається для поховання)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого \_\_\_\_\_

2. Вік померлого \_\_\_\_\_

3. Дата смерті " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.  
(число, місяць, рік)

4. Причина смерті \_\_\_\_\_  
(основна причина смерті)

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який видав довідку \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р. М.П. \_\_\_\_\_  
(дата видачі) (підпис лікаря)

-----  
| | 9. Смерть настала внаслідок: захворювання - 1, неуточненої  
----- причини смерті - 2, нещасного випадку поза виробництвом  
- 3, нещасного випадку у зв'язку з виробництвом - 4,  
навмисного самоушкодження - 5, нападу з метою убивства чи  
нанесення ушкодження - 6, випадків ушкодження з  
невизначеним наміром - 7, ушкодження внаслідок дій,  
передбачених законом, та воєнних операцій - 8,  
ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної  
допомоги - 9, віддалених наслідків зовнішніх причин  
захворюваності та смертності - 10 (підкреслити).

-----  
| | 10. Причина смерті встановлена: лікарем, який тільки  
----- встановив смерть, - 1, лікарем, який лікував померлого,  
- 2, патологоанатомом - 3, судово-медичним  
експертом - 4 (підкреслити)

-----  
| | 11. Я, лікар \_\_\_\_\_,  
----- (прізвище, ім'я, по батькові)  
посада \_\_\_\_\_,

засвідчую, що на підставі: огляду трупа - 1, записів лікаря в медичній документації - 2, попереднього огляду за хворим - 3, розтину - 4 (підкреслити) мною визначена послідовність патологічних процесів (станів), які призвели до смерті, та встановлена така причина смерті:

I. Хвороба (патологічні стани), що призвела до смерті:

а) _____	Приблизний
(безпосередня причина смерті)	час між
б) _____	початком
_____	захворюва-
_____	ння
в) _____	і смертю
_____	
г) _____	

(б, в, г - захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останню чергу)

II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові, (підкреслити), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті \_\_\_\_\_

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності \_\_\_\_\_, день післяпологового періоду \_\_\_\_\_, тиждень після пологів \_\_\_\_\_

12. У випадках смерті від травми, отруєння та дії зовнішніх чинників:

а) дата травми (отруєння): рік \_\_\_\_\_, місяць \_\_\_\_\_, число \_\_\_\_\_;

б) місце й обставини, при яких відбулася травма (отруєння) \_\_\_\_\_

13. Якщо померлий(а) відноситься до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зазначити категорію \_\_\_\_\_, серію \_\_\_\_\_ посвідчення (вписати).

Підпис лікаря,  
який заповнив свідоцтво \_\_\_\_\_

М.П.

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові одержувача)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

Начальник Центру медичної  
статистики МОЗ України

М.В.Голубчиков

**Тестові завдання:**

**1. Що кодується в частині I п. 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?**

- А) хвороби або стани, що безпосередньо призвели до смерті
- В) основна причина смерті
- С) зовнішні причини, що спричинили смерть від травм

**2. В якій послідовності вказується лікарем основна причина смерті в частині I п. 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?**

- А) в останню чергу
- В) самою першою в пункті «а»

**3. В яких випадках «Лікарське свідоцтво про смерть» (ф. № 106/о) видається лікарем патолого-анатомом?**

- А) на підставі розтину трупа
- В) після знайомства тільки з медичною документацією на даного померлого
- С) за фактом констатації смерті лікарем, у якого спостерігався померлий

**4. В який термін медичні заклади скеровують перший примірник «Лікарського свідоцтва про смерть» (ф. № 106/о) до органів державної статистики, котре виписане замість остаточного?**

- А) до 27 днів з моменту заповнення остаточного
- В) на 30 день з моменту заповнення остаточного
- С) протягом даного року після його смерті

**5. «Лікарське свідоцтво про смерть» (ф. № 106/о) видається судово-медичним експертом після розтину у випадку, коли смерть настала:**

- А) внаслідок дії зовнішніх факторів (травм, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму)
- В) на виробництві
- С) при раптовій смерті дітей першого року життя
- Д) після штучного аборту, проведеного поза межами медичного закладу
- Е) в осіб, котрі не перебували під медичним наглядом
- Ф) у невстановлених осіб

**G)є підозра на насильницьку смерть**

**6. Розкрийте порядок видачі лікарем «Лікарського свідоцтва про смерть» (ф.№106/о)**

**A)перший примірник видається родичам для реєстрації в органах РАЦС та поховання**

**B)другий примірник залишається в медичному закладі**

**C)у разі поховання померлого медичним закладом Лікарське свідоцтво про смерть передається в органи РАЦС**

**7. На яку категорію пацієнтів заповнюється «Статистична картка хворого, який вибув зі стаціонару» (ф. № 066/о)?**

**A)на пацієнтів, до яких була викликана карета швидкої та невідкладної медичної допомоги**

**B)на всіх хворих (виписаних або померлих), котрі вибули зі стаціонару лікарні**

**C)на породіль, які виписані з пологового будинку після нормальних/фізіологічних пологів**

**D)на осіб дитячого віку, котрі вибули зі стаціонару, що народилися хворими або захворіли в стаціонарі лікарні**

**E)на категорію осіб, котрі підлягають диспансерному лікарському спостереженню у лікаря загальної практики**

### Список використаної літератури:

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»
2. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
3. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під за. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680с.

Автор: ст. викладач кафедри,  
Заслужений лікар України  
Черешнюк Г. С.  
«30» \_\_\_\_\_ 08 \_\_\_\_\_ 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри  
Протокол № 2