**АБОРТЫ У ДЕВОЧЕК ДО 14 ЛЕТ (ф.13 ) за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год**

**Наименование мед.организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Территория проживания.****Регион проживания** | **Дата рождения, возраст на момент госпитализации** | **Дата производства аборта** | **Диагноз (МКБ-10)** | **Способ прерывания беременности** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |