

Пример заполнения

Приложение
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
и
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н
(в ред. Приказа Минтруда России № 589н,
Минздрава России № 692н от 28.08.2019)

Медицинская документация

Форма № 088/у

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(ОГРН медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: № 1 от «10» месяц 20 22 г.
2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить на дому
3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи (при нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи)
4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: «10» месяц 20 22 г.
5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

5.1. <input checked="" type="checkbox"/> установление группы инвалидности	5.2. <input type="checkbox"/> установление категории «ребенок-инвалид»	5.3. <input type="checkbox"/> установление причины инвалидности
5.4. <input type="checkbox"/> установление времени наступления инвалидности	5.5. <input type="checkbox"/> установление срока инвалидности	5.6. <input type="checkbox"/> определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. <input type="checkbox"/> определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. <input type="checkbox"/> определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. <input type="checkbox"/> определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее – АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки

5.10. <input checked="" type="checkbox"/> разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input type="checkbox"/> разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. <input type="checkbox"/> выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. <input type="checkbox"/> выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. <input type="checkbox"/> иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): <u>Можно указать:</u> <u>-усиление группы инвалидности (при повторном освидетельствовании)</u> <u>-установление группы без срока переосвидетельствования</u>	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Фамилия Имя Отчество7. Дата рождения (день, месяц, год): « Д » Месяц гггг г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев):
Возраст

8. Пол (нужное отметить):

8.1. <input checked="" type="checkbox"/> мужской	8.2. <input type="checkbox"/> женский
--	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. <input checked="" type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	9.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
---	--	--

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. <input type="checkbox"/> гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. <input checked="" type="checkbox"/> гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

11.1. государство: РФ11.2. почтовый индекс: XXXXXX11.3. субъект Российской Федерации: г. Город11.4. район: Район

11.5. наименование населенного пункта: _____

11.6. улица: ул. Улица11.7. дом (корпус, строение): номер11.8. квартира: номер12. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. <input type="checkbox"/> в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____
13.2. <input type="checkbox"/> в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____
13.3. <input type="checkbox"/> в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____
13.4. <input type="checkbox"/> иная организация	13.4.1. адрес организации _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____
13.5. <input checked="" type="checkbox"/> по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов: +79XXXXXXXXXXXX14.2. адрес электронной почты (при наличии): XXXXX@ZZZZ.AA15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): XXX - XXX - XXX XX

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование: паспорт16.2. серия XX XX, номер XXXXXX16.3. кем выдан: указать наименование организации16.4. дата выдачи (день, месяц, год): « Д » месяц гггг г.

17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя:

17.2.1. наименование: _____

17.2.2. серия _____, номер _____

17.2.3. кем выдан: _____

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): « » _____ г.

17.3. документ, удостоверяющий личность:

17.3.1. наименование: _____

17.3.2. серия _____, номер _____

17.3.3. кем выдан: _____

17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): « » _____ г.

17.4. контактная информация:

17.4.1. номера телефонов: _____

17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____ - _____ - _____

17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

17.6.1. наименование: _____

17.6.2. адрес: _____

17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____

18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

18.1. <input type="checkbox"/> первично	18.2. <input checked="" type="checkbox"/> повторно
---	--

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):

19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.1.1. <input type="checkbox"/> первая группа	19.1.2. <input type="checkbox"/> вторая группа	19.1.3. <input checked="" type="checkbox"/> третья группа	19.1.4. <input type="checkbox"/> категория ребенок-инвалид
--	--	---	--

19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) « Д » _____ месяц _____ гггг г.

19.3. период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.3.1. <input type="checkbox"/> один год	19.3.2. <input checked="" type="checkbox"/> два года	19.3.3. <input type="checkbox"/> три года	19.3.4. <input type="checkbox"/> четыре и более лет
---	--	---	---

19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.4.1. <input checked="" type="checkbox"/> общее заболевание	19.4.2. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства	19.4.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание	19.4.4. <input type="checkbox"/> трудовое увечье
19.4.5. <input type="checkbox"/> военная травма	19.4.6. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы	19.4.7. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.10. <input type="checkbox"/> заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	19.4.11. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	19.4.12. <input type="checkbox"/> заболевание связано с последствиями радиационных воздействий

19.4.13. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.4.14. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 годов	19.4.15. <input type="checkbox"/> заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	19.4.16. <input type="checkbox"/> иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.4.17. формулировки причин инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): _____ _____			

19.5. степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: _____

19.6. срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): «___» _____ г.

19.8. степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:

20. Сведения о получении образования (при получении образования):

20.1. наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: _____

20.2. курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): _____

20.3. профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: **указать профессию**

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности):

21.1. основная профессия (специальность, должность): _____

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): _____

21.3. стаж работы: **указать количество лет**

21.4. выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности):

Указать профессию

21.5. условия и характер выполняемого труда: указать класс (например, 1 класс)

21.6. место работы (наименование организации):

Указать место работы

21.7. адрес места работы: указать адрес места работы

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

Указать

22. Наблюдается в медицинской организации с _____ год _____ года.

23. Анамнез заболевания: пример формулировки заполнения Состояние здоровья ухудшалось с ... года, когда стала возникать одышка при незначительной физической нагрузке. Наблюдается в ГБУЗбез положительных результатов от проведенного амбулаторного лечения. Стационарное лечение в ГКБ ... с диагнозомВыставлена ДН 2. Получал консервативное лечение Сохраняется слабость, одышка.

24. Анамнез жизни:

25. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

№ п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз
1	30	J 84.1 / J84.8 / J84.9
				J 67
				J 60-70

Пример заполнения

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее – ЭЛН)

25.2. № ЭЛН: **XXXXXXXXXX**

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида

XXXX
(указать
номер)

(ребенка-инвалида) № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы

Указать
номер от

№ протокола « 15 » декабря 20 ГГ г. (нужное отметить):

26.1. <input type="checkbox"/> восстановление нарушенных функций	26.1.1. <input type="checkbox"/> полное	26.1.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.1.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют
26.2. <input type="checkbox"/> достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	26.2.1. <input type="checkbox"/> полное	26.2.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.2.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: <u>175</u>	27.2. вес: <u>86</u>	27.3. индекс массы тела: _____
27.4. телосложение: <u>Нормостеническое</u>	27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): <u>83</u> / <u>103</u>
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	

28. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу:

Терапевт от

Пульмонолог от

Кардиолог от

Аллерголог от

Хирург от

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы:

PaO2 от..... 55 мм.рт.ст.

SaO2 от85%

КТ легких от

ЭКГ от

ЭХО-КГ от

б/х крови от

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание: **пример формулировки диагноза**

Интерстициальный легочный фиброз. Спонтанный пневмоторакс от..... Легочная гипертензия 1 ст. В процессе комбинированной иммуносупрессивной и респираторной терапии. ДН 2

30.2. код основного заболевания по МКБ: **пример J 84.1 (3 группа инвалидности)**

30.3. осложнения основного заболевания: _____

30.4. сопутствующие заболевания: _____

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: _____

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (**нужное подчеркнуть**).

32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (**нужное подчеркнуть**).

33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (**нужное подчеркнуть**).

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

Необходимость лекарственной терапии лек. препаратом по жизненным показаниям. В процессе терапии....

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

Санаторно-курортное лечение

Председатель врачебной
комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.