

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

Приложение N 1
к приказу Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации
и Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 августа 2022 г. N 488н/551н

Медицинская документация
Форма N 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: **N 1 от "01" месяц 2026 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 необходимости в оказании паллиативной медицинской помощи)
4. Гражданин, находящийся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), нуждающийся в первичном протезировании (при необходимости в первичном протезировании)
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 причин инвалидности
---	--	--

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

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 органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации, лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции	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) и на военную службу по мобилизации	5.9. <input type="checkbox"/> Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки, бабушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации
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	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии):

Фамилия Имя Отчество

7. 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
--	---------------------------------------

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

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 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 места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

11.1. Государство: РФ

11.2. Почтовый индекс: XXXXXXX

11.3. Субъект Российской Федерации: г. Город

11.4. Район: Район

11.5. Наименование населенного пункта: _____

11.6. Улица: ул. Улица

11.7. Дом (корпус, строение): номер

11.8. Квартира: номер

12. 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	13.3.1. Адрес	13.3.2. ОГРН

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

учреждении	исправительного учреждения: _____ _____ _____	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: +79XXXXXXXXXXXXXX

14.2. Адрес электронной почты (при наличии): XXXXXX@ZZZZ.AA

15. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и полисе обязательного медицинского страхования:

СНИЛС: XXX -XXX - XXX XX

Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии):

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. Наименование: паспорт

16.2. Серия XX XX, номер XXXXXX

16.3. Кем выдан: указать наименование организации

16.4. Дата выдачи (день, месяц, год): " Д " месяц гgg г.

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

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

17.1.1. Дата рождения (день, месяц, год): " " " г.

17.2. Документ, удостоверяющий полномочия законного или 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:

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

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 из согласия на направление и проведение медико-социальной экспертизы:

19.1. Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) дал согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы "Д" месяц 20 г. г.

19.2. Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

19.2.1. <input checked="" type="checkbox"/> личным присутствием (очно)	19.2.2. <input type="checkbox"/> без личного присутствия (заочно)
--	---

19.3. Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

19.3.1. <input type="checkbox"/> по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений	19.3.2. <input type="checkbox"/> в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением	19.3.3. <input checked="" type="checkbox"/> в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)"
---	--	--

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

20.1. Наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.1.1. <input type="checkbox"/> Первая группа	20.1.2. <input type="checkbox"/> Вторая группа	20.1.3. <input checked="" type="checkbox"/> Третья группа	20.1.4. <input type="checkbox"/> Категория "ребенок-инвалид"
--	--	---	--

20.2. Дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) "Д" месяц 20 г. г.

20.3. Период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.3.1. <input type="checkbox"/> Один год	20.3.2. <input checked="" type="checkbox"/> Два года	20.3.3. <input type="checkbox"/> Три года	20.3.4. <input type="checkbox"/> Четыре и более лет
---	--	---	---

20.4. Причина инвалидности, имеющаяся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.4.1. <input checked="" type="checkbox"/> Общее заболевание	20.4.2. <input type="checkbox"/> Трудовое увечье	20.4.3. <input type="checkbox"/> Профессиональное заболевание	20.4.4. <input type="checkbox"/> Инвалидность с детства
20.4.5. <input type="checkbox"/> Инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов	20.4.6. <input type="checkbox"/> Военная травма	20.4.7. <input type="checkbox"/> Заболевание получено в период военной службы	20.4.8. <input type="checkbox"/> Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
20.4.9. <input type="checkbox"/> Заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	20.4.10. <input type="checkbox"/> Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	20.4.11. <input type="checkbox"/> Заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	20.4.12. <input type="checkbox"/> Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк"
20.4.13. <input type="checkbox"/> Заболевание связано с последствиями радиационных воздействий	20.4.14. <input type="checkbox"/> Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении	20.4.15. <input type="checkbox"/> Заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим	20.4.16. <input type="checkbox"/> Инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), полученного в связи с участием в боевых

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

	обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	действиях в составе отрядов самообороны Республики Дагестан в период с августа по сентябрь 1999 г. в ходе контртеррористических операций на территории Республики Дагестан
20.4.17. <input type="checkbox"/> Иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____	20.4.18. Причины инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): _____ _____ _____		

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

20.6. Срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

20.7. Дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): "__" _____ г.

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

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

21.1. Наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование:

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

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

21.3. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение:

указать профессию

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

22.1. Основная профессия (специальность, должность):

22.2. Квалификация (класс, разряд, категория, звание):

22.3. Стаж работы: **указать количество лет**

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

Указать профессию

22.5. Условия и характер выполняемого труда: **указать класс (например, 1 класс)**

22.6. Место работы (наименование организации): **Указать место работы**

22.7. Адрес места работы: **указать адрес места работы**

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

23. Наблюдается в медицинской организации с **гггг** ____ года

24. Анамнез заболевания:

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

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.

25. Анамнез жизни:

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

N	Дата (число, месяц,	Дата (число, месяц,	Число дней (месяцев и	Диагноз
---	---------------------	---------------------	-----------------------	---------

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

п/п	год) начала временной нетрудоспособности	год) окончания временной нетрудоспособности	дней) временной нетрудоспособности	
1	гггг	гггг	дд	

26.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН)

26.2. N ЭЛН: XXXXXXXXXX

27. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) N _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N XXXXX (указать номер) от "Д" _____ _____ 20 гг г. (нужное отметить):

27.1. <input type="checkbox"/> Восстановление нарушенных функций	27.1.1. <input type="checkbox"/> Полное	27.1.2. <input type="checkbox"/> Частичное	27.1.3. <input checked="" type="checkbox"/> Положительные результаты отсутствуют
27.2. <input type="checkbox"/> Достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	27.2.1. <input type="checkbox"/> Полное	27.2.2. <input type="checkbox"/> Частичное	27.2.3. <input checked="" type="checkbox"/> Положительные результаты отсутствуют

28. Антропометрические данные и физиологические параметры:

28.1. Рост: <u> 175 </u>	28.2. Вес: <u> 86 </u>	28.3. Индекс массы тела: индекс <u> </u>
----------------------------	--------------------------	---

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

28.4. Телосложение: <u>Нормостеническое</u>	28.5. Суточный объем физиологических отпавлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем):	28.6. Объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): <u>83</u> /103
28.7. Масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____		28.8. Физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____

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

Терапевт от

Пульмонолог от

Кардиолог от

Аллерголог от

Хирург от

29.1. Жалобы гражданина на состояние своего здоровья:

Указываем жалобы

30. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы:

N п/п	Дата обследования	Код (при наличии)	Наименование обследования	Результат обследования
1	чч.мм.гггг		наименование	результаты

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

--	--	--	--	--

31. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

31.1. Основное заболевание:

пример формулировки диагноза

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

31.2. Код основного заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ): **пример** _____
инвалидности) _____

31.3. Осложнения, вызванные основным заболеванием:

31.4. Сопутствующие заболевания: _____

31.5. Коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____

31.6. Осложнения, вызванные сопутствующими заболеваниями:

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

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

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

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

35. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

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

35.1. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

36. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

37. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию, техническим средствам реабилитации:

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ!

38. Санаторно-курортное лечение (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

Санаторно-курортное лечение

39. Посторонний специальный медицинский уход (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

40. Дата заполнения "Направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией" (день, месяц, год): **" Д " _месяц_ 20_гг_г.**

Председатель врачебной
комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П. (при наличии)