Приложение
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
и
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н

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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | от « |  | » |  | 20 |  | 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: | « |  | » |  | 20 |  | г. |

5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.1. |  | установление группы  | 5.2. |  | установление категории  | 5.3. |  | установление причины  |
| инвалидности | «ребенок-инвалид» | инвалидности |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.4. |  | установление времени  | 5.5. |  | установление срока  | 5.6. |  | определение степени  |
| наступления инвалидности | инвалидности | утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.7. |  | определение стойкой  | 5.8. |  | определение  | 5.9. |  | определение причины |
| утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации | нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) | 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. |  | разработка  | 5.11. |  | разработка программы  | 5.12. |  | выдача дубликата  |
| индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) | реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания | справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
|  |  |  |  |  |  |
| 5.13. |  | выдача новой справки,  | 5.14. |  | иные цели, установленные законодательством Российской  |
| подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина | Федерации (указать): |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |

**Раздел I. Данные о гражданине**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Дата рождения (день, месяц, год): | « |  | » |  |  |  | г.; |

возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев):

8. Пол (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 8.1. |  | мужской | 8.2. |  | женский |
|  |  |

9. Гражданство (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.1. |  | гражданин  | 9.2. |  | гражданин иностранного | 9.3. |  | лицо без гражданства,  |
| Российской Федерации | государства, находящийся на территории Российской Федерации | находящееся на территории Российской Федерации |

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 10.1. |  | гражданин, состоящий на воинском учете | 10.2. |  | гражданин, не состоящий на воинском  |
|  | учете, но обязанный состоять на воинском учете |
|  |  |  |  |  |  |
| 10.3. |  | гражданин, поступающий на воинский  | 10.4. |  | гражданин, не состоящий на воинском  |
| учет | 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:

11.2. почтовый индекс:

11.3. субъект Российской Федерации:

11.4. район:

11.5. наименование населенного пункта:

11.6. улица:

11.7. дом (корпус, строение):

11.8. квартира:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12. Лицо без определенного места жительства |  | (в случае если гражданин не имеет |

определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

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

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов:

14.2. адрес электронной почты (при наличии):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): |  | - |  | - |  |  |  |

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 16.2. серия |  | , номер |  |

16.3. кем выдан:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 16.4. дата выдачи (день, месяц, год): | « |  | » |  |  |  | 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. |  | первично | 18.2. |  | 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. |  | первая | 19.1.2. |  | вторая | 19.1.3. |  | третья | 19.1.4. |  | категория |
| группа | группа | группа | ребенок-инвалид |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) | « |  | » |  |  |  | г. |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.3.1. |  | один год | 19.3.2. |  | два года | 19.3.3. |  | три года | 19.3.4. |  | четыре и |
|  |  |  | более лет |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.4.1. |  |  | 19.4.2. |  |  | 19.4.3. |  |  | 19.4.4. |  |  |
| общее заболевание | инвалидность с детства | профессиональное заболевание | трудовое увечье |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.4.5. |  |  | 19.4.6. |  | заболевание | 19.4.7. |  | заболевание, | 19.4.8. |  | заболевание |
| военная травма | получено в период военной службы | полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС | радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.4.9. |  |  | 19.4.10. |  |  | 19.4.11. |  |  | 19.4.12. |  |  |
| заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС | заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк» | заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк» | заболевание связано с последствиями радиационных воздействий |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.4.13. |  | заболевание | 19.4.14. |  |  | 19.4.15. |  | заболевание | 19.4.16. |  |  |
| радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска | инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 годов | (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 | 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:

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:

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

21.5. условия и характер выполняемого труда:

21.6. место работы (наименование организации):

21.7. адрес места работы:

**Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 22. Наблюдается в медицинской организации с |  | года. |

23. Анамнез заболевания:

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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 25.2. № ЭЛН: |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | от « |  | » |  | 20 |  | г. (нужное отметить): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26.1. |  | восстановление | 26.1.1. |  | полное | 26.1.2. |  | частичное | 26.1.3. |  |  |
| нарушенных функций |  |  | положительные результаты отсутствуют |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26.2. |  | достижение | 26.2.1. |  | полное | 26.2.2. |  | частичное | 26.2.3. |  |  |
| компенсации утраченных либо отсутствующих функций |  |  | положительные результаты отсутствуют |

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

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

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

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

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание:

30.2. код основного заболевания по МКБ:

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:

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Председатель врачебной комиссии: |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Члены врачебной комиссии: |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую направление на медико-социальную экспертизу

**Обратный талон**

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы и его адрес)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Дата освидетельствования (день, месяц, год): | « |  | » |  |  |  | г. |

3. Акт медико-социальной экспертизы гражданина №

4. Диагноз федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:

4.1. основное заболевание:

4.2. код основного заболевания по МКБ:

4.3. осложнения основного заболевания:

4.4. сопутствующие заболевания:

4.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ:

4.6. осложнения сопутствующих заболеваний:

5. Виды стойких расстройств функций организма и степень их выраженности (согласно классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 января 2016 г., регистрационный № 40650), с изменениями, внесенными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
от 5 июля 2016 г. № 346н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации
28 июля 2016 г., регистрационный № 43018) (далее – классификации и критерии):

6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности (согласно классификациям и критериям)

7. Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:

7.1. установлена инвалидность: первая, вторая, третья группа, категория «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7.2. установлена степень утраты профессиональной трудоспособности: |  | % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7.3. дата переосвидетельствования: (день, месяц, год): | « |  | » |  |  |  | г. |

8. Причины отказа в установлении инвалидности:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата отправки обратного талона: | « |  | » |  | 20 |  | г. |

Руководитель экспертного состава
Федерального бюро медико-социальной экспертизы, (главного бюро медико-социальной экспертизы
по субъекту Российской Федерации),

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| руководитель бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

М.П.