

www.invalidnost.com

Приложение
к Приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 31.01.2007 № 77

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ
от 28.10.2009 № 853н)

Медицинская документация
Форма № 088/у-06

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Дата выдачи “ ___ ” _____ 20__ г.*

1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу
(далее – гражданин): _____

2. Дата рождения: _____ 3. Пол: _____

4. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина (заполняется при наличии законного представителя): _____

5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации): _____

6. Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория “ребенок-инвалид”
(нужное подчеркнуть).

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____
(заполняется при повторном направлении)

9. Направляется первично, повторно (нужное подчеркнуть).

10. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу _____

(указать должность, профессию, специальность, квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: “не работает”)

11. Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин: _____

12. Условия и характер выполняемого труда: _____

* Не позднее одного месяца со дня выдачи настоящего направление может быть представлено гражданином (его законным представителем) в филиал главного бюро медико-социальной экспертизы – бюро медико-социальной экспертизы.

13. Основная профессия (специальность): _____

14. Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание): _____

15. Наименование и адрес образовательного учреждения:

16. Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть): _____

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

18. Наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, с _____ года.

19. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):

(подробно описывается при первичном направлении; при повторном направлении отражается динамика за период между освидетельствованиями, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма)

20. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением):

(заполняется при первичном направлении)

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

№	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

22. Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (заполняется при повторном направлении, указываются конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии,

25. Масса тела (кг) _____, рост (м) _____, индекс массы тела _____.

26. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).

27. Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

28. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

29. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

а) код основного заболевания по МКБ: _____

б) основное заболевание: _____

в) сопутствующие заболевания: _____

г) осложнения: _____

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

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

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

33. Цель направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркнуть): для установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, для другого (указать): _____

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания:

(указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии (включая лекарственное обеспечение

при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, заключение о санаторно-курортном лечении с предписанием профиля, кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения, о нуждаемости в специальном медицинском уходе лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, о нуждаемости в лекарственных средствах для лечения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, другие виды медицинской реабилитации)

Председатель врачебной комиссии: _____
 (подпись) (расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии: _____
 (подпись) (расшифровка подписи)

_____ (подпись) (расшифровка подписи)

_____ (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Линия отреза

Подлежит возврату в организацию, оказывающую лечебно-профилактическую помощь, выдавшую направление на медико-социальную экспертизу

Обратный талон

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

1. Фамилия, имя, отчество гражданина: _____

2. Дата освидетельствования: _____

3. Акт № _____ медико-социальной экспертизы

4. Диагноз федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:

а) код основного заболевания по МКБ: _____

б) основное заболевание: _____

в) сопутствующие заболевания: _____

г) осложнения: _____

5. Виды нарушений функций организма и степень их выраженности (согласно классификациям, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. № 535 (зарегистрирован в Минюсте России 13 сентября 2005 г. № 6998):

6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности (согласно классификациям и критериям, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. № 535): _____

7. Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:
установлена инвалидность первой, второй, третьей группы, по категории “ребенок-инвалид”
(нужное подчеркнуть);
причина инвалидности: _____
степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____
дата переосвидетельствования: _____
рекомендации по медицинской реабилитации: _____

рекомендации по профессиональной, социальной, психолого-педагогической реабилитации:

8. Причины отказа в установлении инвалидности: _____

9. Дата отправки обратного талона: “ ___ ” _____ 20__ г.

Руководитель федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.