



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

Приказ Минздравсоцразвития РФ от
31.01.2007 N 77
(ред. от 28.10.2009)

"Об утверждении формы направления на
медико-социальную экспертизу организацией,
оказывающей лечебно-профилактическую
помощь"

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 12.03.2007 N
9089)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: □ 23.09.2018

Зарегистрировано в Минюсте РФ 12 марта 2007 г. N 9089

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 31 января 2007 г. N 77**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ
НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития РФ от 28.10.2009 N 853н)

В соответствии с [Постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 9, ст. 1018) приказываю:

Утвердить [форму N 088/у-06](#) "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь" согласно приложению.

Министр
М.Ю.ЗУРАБОВ

Приложение
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 31 января 2007 г. N 77

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития РФ от 28.10.2009 N 853н)

Медицинская документация

Форма N 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).

7. Исключен.

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

(заполняется при повторном направлении)

9. Направляется впервые, 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: _____

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) :

N	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Ди-аг-ноз

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, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, а также сроки, в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют) :

23. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей) :

24. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований) :

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 N ____ медико-социальной экспертизы
4. Диагноз федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы:
а) код основного заболевания по МКБ: _____
б) основное заболевание: _____

в) сопутствующие заболевания: _____

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

- в) осложнения: _____

5. Виды нарушений функций организма и степень их выраженности (согласно [классификациям](#), утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. N 535 (зарегистрирован в Минюсте России 13 сентября 2005 г. N 6998)):

6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности (согласно [классификациям](#) и критериям, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. N 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.

<*> 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.