

**ПРОЦЕДУРНАЯ КАРТА
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

№ истории болезни _____

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Место работы и должность _____

Анамнез заболевания _____

Анамнез жизни _____

Диагноз _____

Начало лечения _____

Конец лечения _____

Наименование процедуры:				
№	Дата	Доза	Время	Роспись
1				
2				
3				
4				
5				

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ (инвалида)

Учебная (приложение к приказу МЗ РФ № 379 н форма)

1. Фамилия, имя, отчество: _____
2. Дата рождения: _____
3. Место жительства, при отсутствии места жительства указывается место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации: _____
4. Контактные телефоны: _____
5. Группа инвалидности: _____ установлена на срок до: _____
6. Степень ограничения способности к трудовой деятельности: _____
7. Причина инвалидности: _____
8. Показания к проведению реабилитационных мероприятий: _____

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	
способности к передвижению:	
способности к ориентации:	
способности к общению:	
способности к обучению:	
способности к трудовой деятельности	
способности к контролю за своим поведением	

9. ИПР разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____

(после предлога "до" указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись "бессрочно")

10. Дата очередного освидетельствования: _____
11. Дата выдачи ИПР: _____

Мероприятия медицинской реабилитации

Перечень мероприятий медицинской реабилитации	Срок проведения мероприятий медицинской реабилитации	Исполнитель проведения мероприятий медицинской реабилитации	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)
Реконструктивная хирургия			
Восстановительная терапия			

Санаторно-курортное лечение			
Протезирование и ортезирование			

Прогнозируемый результат:

1. восстановление нарушенных функций (полностью, частично);
2. достижение компенсации утраченных функций (полностью, частично) (нужное подчеркнуть).

Мероприятия профессиональной реабилитации

Перечень мероприятий профессиональной реабилитации	Срок проведения мероприятий профессиональной реабилитации	Исполнитель проведения мероприятий профессиональной реабилитации	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)
Профессиональная ориентация			
Профессиональное обучение и переобучение			
Содействие в трудоустройстве			
Производственная адаптация			

Рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда

Прогнозируемый результат:

- адаптация на прежнем рабочем месте;
- адаптация на прежнем рабочем месте с измененными условиями труда;

получение новой профессии (специальности);
 подбор подходящего рабочего места;
 создание специального рабочего места (нужное подчеркнуть).

Мероприятия социальной реабилитации

Перечень мероприятий социальной реабилитации	Срок проведения мероприятий социальной реабилитации	Исполнитель проведения мероприятий социальной реабилитации	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)
Социально-средовая реабилитация			
Социально-педагогическая реабилитация			
Социально-психологическая реабилитация			
Социокультурная реабилитация			
Социально-бытовая адаптация			
Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт			

Прогнозируемый результат:

достижение способности к самообслуживанию (полное, частичное);
 восстановление навыков бытовой деятельности (полное, частичное);
 восстановление социально-средового статуса (полное, частичное) (нужное подчеркнуть).

Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (ТСР)

Перечень ТСР	Срок проведения реабилитационных мероприятий с применением ТСР	Исполнитель проведения реабилитационных мероприятий с применением ТСР	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)

Примечание.

Во всех таблицах в графах, где указывается срок проведения реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям указываются даты начала и окончания проведения реабилитационного мероприятия либо делается запись "бессрочно"; в графах, где указывается исполнитель проведения реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям указывается исполнитель проведения реабилитационного мероприятия (исполнительный

орган Фонда социального страхования Российской Федерации; территориальный орган социальной защиты населения; государственные учреждения службы занятости населения субъектов Российской Федерации; работодатель; территориальные органы управления здравоохранением, образованием; медицинские, образовательные, реабилитационные организации либо сам инвалид); в графах, содержащих отметку о выполнении или невыполнении реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям делается запись "выполнено" или "не выполнено" указанной в качестве исполнителя организацией, которая заверяется подписью ответственного лица этой организации и печатью.

Заключение о выполнении ИПР

Оценка результатов медицинской реабилитации:

достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная); восстановлены нарушенные функции (полностью, частично); положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др. _____

Оценка результатов профессиональной реабилитации:

достигнута адаптация на прежнем рабочем месте; адаптация на прежнем рабочем месте с измененными условиями труда; получена новая профессия (специальность); подобрано подходящее рабочее место; создано специальное рабочее место; положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др. _____

Оценка результатов социальной реабилитации:

достигнута способность к самообслуживанию (полная, частичная); восстановлены навыки бытовой деятельности (полностью, частично); восстановлен социально-средовой статус (полностью, частично); положительные, результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др.

Оценка ограничений основных категорий жизнедеятельности:

достигнуты компенсация (полная, частичная) или устранение ограничений жизнедеятельности; положительные, результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др.

Особые отметки о реализации ИПР:

(вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных реабилитационных мероприятий)

Дата вынесения заключения " __ " _____ 20__ г.

Составитель ИПР _____

(подпись) (расшифровка подписи)