

Приложение № 2  
к приказу Министерства труда  
и социальной защиты  
Российской Федерации  
от 26 июля 2023 г. № 545н

Форма

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида,  
выдаваемая федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы<sup>1</sup>

ИПРА инвалида № \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
к протоколу проведения медико-социальной экспертизы  
№ \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общие данные

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

Нуждаемость инвалида в оказании паллиативной медицинской помощи

2. Дата рождения: день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Возраст: \_\_\_\_\_

4. Пол: 4.1.  мужской 4.2.  женский

5. Гражданство:

5.1.  гражданин Российской Федерации  
5.2.  гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации  
5.3.  лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации

6. 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 Российской Федерации) (нужное подчеркнуть):

6.1. государство: \_\_\_\_\_

6.2. индекс: \_\_\_\_\_

6.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_

(не указывается в случае проживания за пределами территории Российской Федерации)

<sup>1</sup> Далее – ИПРА инвалида.

6.4. район: \_\_\_\_\_

6.5. населенный пункт: \_\_\_\_\_

6.6. улица: \_\_\_\_\_

6.7. дом/корпус/строение: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6.8. квартира: \_\_\_\_\_

6.9. этаж проживания: \_\_\_\_\_

7. Лицо без определенного места жительства

8. Наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации: \_\_\_\_\_

9. Наименование и адрес медицинской организации, направившей инвалида на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_

10. ОГРН медицинской организации, направившей инвалида на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_

11. Место постоянной регистрации:

11.1. государство: \_\_\_\_\_

11.2. индекс: \_\_\_\_\_

11.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_

(не указывается в случае проживания за пределами территории Российской Федерации)

11.4. район: \_\_\_\_\_

11.5. населенный пункт: \_\_\_\_\_

11.6. улица: \_\_\_\_\_

11.7. дом/корпус/строение: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

11.8. квартира: \_\_\_\_\_

12. Лицо без постоянной регистрации

13. Контактная информация:

13.1. контактные телефоны: \_\_\_\_\_

13.2. адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

14. Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_

15. Документ, удостоверяющий личность инвалида:

наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

когда выдан \_\_\_\_\_

16. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя инвалида: \_\_\_\_\_

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

16.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя инвалида: \_\_\_\_\_

наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 кем выдан \_\_\_\_\_  
 когда выдан \_\_\_\_\_

16.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя инвалида:

наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 кем выдан \_\_\_\_\_  
 когда выдан \_\_\_\_\_

16.3. страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя инвалида: \_\_\_\_\_

17. Основная профессия (специальность): \_\_\_\_\_

17.1. стаж работы:  лет

17.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): \_\_\_\_\_

17.3. выполняемая работа на момент проведения медико-социальной экспертизы (должность, профессия, специальность, квалификация, стаж работы по указанной должности, профессии, специальности):  
 \_\_\_\_\_

17.4. не работает:  лет

17.5. трудовая направленность:  есть  нет

17.6. состоит на учете в службе занятости:  да  нет

18. Инвалидность:

18.1.  первая группа      18.2.  вторая группа      18.3.  третья группа

18.4. причина инвалидности: \_\_\_\_\_

18.5. дата установления группы инвалидности: день \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_

18.6. группа инвалидности установлена впервые, повторно (нужное подчеркнуть), на срок до:

(указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено переосвидетельствование, либо делается запись «бессрочно»)

19. Реабилитационный или абилитационный потенциал (нужное подчеркнуть): высокий, удовлетворительный, низкий

20. Реабилитационный или абилитационный прогноз (нужное подчеркнуть): благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неясный)

21. Показания для проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
Способность к самообслуживанию	
Способность к передвижению	

Способность к ориентации	
Способность к общению	
Способность к обучению	
Способность к трудовой деятельности	
Способность к контролю за своим поведением	

22. ИПРА инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до:

(указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено переосвидетельствование, либо делается запись «бессрочно»)

23. ИПРА инвалида разрабатывалась при проведении медико-социальной экспертизы с личным присутствием, без личного присутствия гражданина, дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий (нужное подчеркнуть).

24. Дата вынесения решений по ИПРА инвалида: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

25. Дата выдачи ИПРА инвалида: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

#### Мероприятия по медицинской реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий
<b>Медицинская реабилитация</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Реконструктивная хирургия</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Протезирование и ортезирование</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Санаторно-курортное лечение</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

### Мероприятия по общему и профессиональному образованию

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по общему и профессиональному образованию	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий
Рекомендации по условиям организации обучения		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

### Мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по профессиональной реабилитации или абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий
Профессиональная ориентация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Содействие в трудоустройстве		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

О возможности трудоустройства путем постановки на учет в органах занятости проинформирован

Дата информирования: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Информация о согласии инвалида на обращение к нему органов службы занятости в целях оказания ему содействия в трудоустройстве и подборе подходящего рабочего места (при личном присутствии гражданина на освидетельствовании)

Согласен

\_\_\_\_\_  
(подпись инвалида (его законного или уполномоченного представителя (нужное подчеркнуть))

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

Рекомендации о показанных и противопоказанных видах  
трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма  
человека, обусловленных заболеваниями, последствиями  
травм и дефектами

Стойкие нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм и дефектами	Рекомендации о противопоказанных видах трудовой деятельности
<input type="checkbox"/> Нарушение функции зрения	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии - при врожденной патологии) зрительного контроля могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение функции слуха	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии - при врожденной патологии) слухового контроля могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение одновременно функций зрения и слуха (слепоглухота)	Виды трудовой и профессиональной деятельности, связанные с постоянным зрительным контролем за процессом работы, требующие безусловной реакции на звуковые и речевые сигналы и символы, которые при утрате (отсутствии) слухового и зрительного контроля могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение функции верхних конечностей	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) двигательных функций верхних конечностей могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение функции нижних конечностей	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) двигательных функций нижних конечностей могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение функции опорно-двигательного аппарата, вызывающее необходимость использования кресла-коляски	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) двигательных функций нижних конечностей (или верхних и нижних конечностей одновременно) могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение интеллекта	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при снижении (отсутствии) интеллектуально-мнестических (когнитивных) функций могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение языковых и речевых функций	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) экспрессивной речи (обеспечение речевых интеракций - коммуникаций) могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение функции сердечно-сосудистой системы	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида

	и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение функции дыхательной системы	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение функции пищеварительной системы	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, отсутствия возможности соблюдения режима питания, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушения функций эндокринной системы и метаболизма	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при отсутствии возможности соблюдения режима питания и приема (введения) препаратов, в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушения функций системы крови и иммунной системы	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий (в том числе, наличия тепловых и электромагнитных излучений, ионизирующих и не ионизирующих источников излучения, ультрафиолетовой радиации, повышенной инсоляции), могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушение мочевыделительной функции	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, отсутствия возможности соблюдения режима питания и (или) проведения санитарно-гигиенических процедур, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.
<input type="checkbox"/> Нарушения функций кожи и связанных с ней систем	Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к потере здоровья инвалида.
<input type="checkbox"/> Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	<input type="checkbox"/> При аномальных отверстиях пищеварительного тракта - виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, отсутствия возможности соблюдения режима питания, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.

При аномальных отверстиях мочевого тракта - виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, отсутствия возможности соблюдения режима питания и (или) проведения санитарно-гигиенических процедур, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.

При аномальных отверстиях дыхательного тракта - виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей.

#### Рекомендуемые условия труда (нужное отметить)

<input type="checkbox"/>	Нуждается в дополнительных перерывах
<input type="checkbox"/>	Доступны виды трудовой деятельности в оптимальных, допустимых условиях труда
<input type="checkbox"/>	Доступны виды трудовой деятельности в любых условиях труда, но выполнение трудовой деятельности может быть затруднено
<input type="checkbox"/>	Трудовая деятельность возможна при значительной помощи других лиц

#### Рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида (нужное отметить)

по зрению: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

по слуху: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

с одновременным нарушением функции зрения и слуха: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающегося с использованием кресла-коляски: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

с прочими нарушениями: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

не нуждается



## Рекомендации по производственной адаптации (нужное отметить):

## 1. Социально-психологическая адаптация:

 нуждается не нуждается

## 2. Социально-производственная адаптация:

 нуждается не нуждается

## Мероприятия по социальной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по социальной реабилитации или абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий
<b>Социально-средовая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Социально-психологическая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Социокультурная реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Социально-бытовая адаптация</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

**Заключение о возможности (невозможности)  
осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный  
образ жизни (нужное отметить)**

(заполняется в отношении инвалида, проживающего в организации социального обслуживания и получающего социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания)

- Возможно осуществление самообслуживания и ведение самостоятельного образа жизни
- Невозможно осуществление самообслуживания и ведение самостоятельного образа жизни
- Возможно самообслуживание и ведение самостоятельного образа жизни с регулярной помощью других лиц

**Рекомендации по оборудованию жилого помещения, занимаемого  
инвалидом, специальными средствами и приспособлениями  
(нужное отметить)**

1. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции опорно-двигательного аппарата, в том числе использующих кресла-коляски и иные вспомогательные средства передвижения:

- нуждается
- не нуждается

2. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции слуха, при необходимости использования вспомогательных средств:

- нуждается
- не нуждается

3. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции зрения, при необходимости использования собаки-проводника, иных вспомогательных средств:

- нуждается
- не нуждается

4. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством иных функций:

- нуждается
- не нуждается

**Физкультурно-оздоровительные мероприятия,  
мероприятия по занятию спортом**

Виды, формы и объемы рекомендованных физкультурно-оздоровительных мероприятий, мероприятий по занятию спортом	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий
<input type="checkbox"/> Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта		

**Рекомендуемые технические средства реабилитации<sup>2</sup> и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета**

Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий	Примечание
Сопровождение инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно			
<input type="checkbox"/> нуждается  <input type="checkbox"/> не нуждается			

**ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации**

Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий

<sup>2</sup> Далее – ТСР.

ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет собственных средств инвалида либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий

Заключение о наличии медицинских показаний для приобретения инвалидом транспортного средства за счет собственных средств либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Виды помощи, в которых нуждается инвалид для преодоления барьеров, препятствующих ему в получении услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами  
(нужное отметить)

1. Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски:

нуждается

не нуждается

2. Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается

не нуждается

3. Помощь инвалиду по зрению - слабовидящему на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается

не нуждается

4. Помощь инвалиду по зрению - слепому на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается

не нуждается

5. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по установленной форме:

нуждается

не нуждается

6. Помощь инвалиду по слуху - слабослышащему на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается

не нуждается

7. Помощь инвалиду по слуху - глухому на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается

не нуждается

8. Предоставление инвалиду по слуху - глухому услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика (при необходимости):

нуждается

не нуждается

9. Предоставление инвалиду, имеющему одновременно нарушения функций слуха и зрения, услуг тифлосурдопереводчика, включая обеспечение его допуска (при необходимости):

нуждается

не нуждается

10. Оказание необходимой помощи инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения, в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий:

нуждается

не нуждается

Прогнозируемый результат (нужное подчеркнуть): восстановление нарушенных функций (полностью, частично), достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций (полностью, частично); восстановление (формирование) способности осуществлять самообслуживание (полностью, частично), самостоятельно передвигаться (полностью, частично), ориентироваться (полностью, частично), общаться (полностью, частично), контролировать свое поведение (полностью, частично), обучаться (полностью, частично), заниматься трудовой деятельностью (полностью, частично)

Руководитель бюро  
(главного бюро, Федерального бюро)  
медико-социальной экспертизы  
(должностное лицо, уполномоченное  
руководителем бюро (главного бюро,  
Федерального бюро)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)