

Зарегистрировано в Минюсте России 27 ноября 2024 г. N 80349

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 2 сентября 2024 г. N 445н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УНИФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минтруда России от 22.12.2025 N 726н,
от 03.09.2026 N 407н)

В соответствии с [пунктом 10.1 статьи 4](#) Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и [подпунктом 5.2.107\(4\) пункта 5](#) Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 610, приказываю:

1. Утвердить:

унифицированную [форму](#) журнала учета инвалидов (детей-инвалидов), поступивших в реабилитационную организацию, и реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов согласно приложению N 1 к настоящему приказу;

унифицированную [форму](#) реабилитационной (абилитационной) карты реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) согласно приложению N 2 к настоящему приказу;

унифицированную [форму](#) журнала учета детей и их семей, поступивших в реабилитационную организацию, и реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям согласно приложению N 3 к настоящему приказу;

унифицированную [форму](#) карты реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям согласно приложению N 4 к настоящему приказу;

унифицированную [форму](#) карты реализации мероприятий и оказания услуг по протезно-ортопедической помощи инвалидам (протезированию, ортезированию, слухопротезированию) согласно приложению N 5 к настоящему приказу.
(абзац введен [Приказом](#) Минтруда России от 22.12.2025 N 726н)

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2025 г.

Министр
А.О.КОТЯКОВ

Приложение N 1
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

Форма

(наименование реабилитационной организации)

ЖУРНАЛ

учета инвалидов (детей-инвалидов), поступивших в реабилитационную организацию, и реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов

Начат " __ " _____ 20__ г.

Окончен " __ " _____ 20__ г.

N п/п	Дата подачи заявления о реализации мероприятий и оказании услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (далее - услуги) (число, месяц, год)	Фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида (ребенка-инвалида)	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол (мужской, женский)	Гражданство	Адрес места жительства		Номер и дата индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее - ИПРА)	Срок окончания действия ИПРА
						место пребывания (место фактического проживания)	адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Группа инвалидности или категория "ребенок-инвалид"	Целевая реабилитационная группа (код)	Страховой номер индивидуального лицевого счета	Реквизиты договора о реализации мероприятий и оказании услуг		Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) (или сопровождающего лица)	Контактная информация (контактный номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))
			номер	дата		
11	12	13	14	15	16	17

Форма реализации мероприятий и оказания услуг (полустационарная - 1, стационарная - 2, на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий - 3)	Реабилитационный курс		В случае отказа в реализации мероприятий и оказании услуг указать причину отказа (отказался гражданин; наличие медицинских противопоказаний; при нарушении правил внутреннего распорядка реабилитационной организации (выбрать нужное))	Период, за который фактически реализованы мероприятия и оказаны услуги (количество дней)
	дата начала	дата окончания		
18	19	20	21	22

Наименование фактически оказанных услуг	Общее количество фактически реализованных мероприятий, входящих в состав услуги, согласно стандарту оказания услуг (единиц)	Отметка об оказании услуг (полностью/частично)	Эффективность реабилитации и абилитации (реабилитационный эффект, %)	Дата направления сведений о реализации ИПРА в исполнительный орган субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности (число, месяц, год)
23	24	25	26	27

Приложение N 2
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

Форма

(наименование реабилитационной организации)

(адрес реабилитационной организации)

(основной государственный регистрационный номер реабилитационной организации)

Реабилитационная (абилитационная) карта
реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной
реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов)

N _____

Получатель услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (далее - услуги, получатель услуги) (указать нужное):

☐ ребенок-инвалид

☐ инвалид

☐ инвалид, получивший травму, ранение, контузию, увечье в связи с участием в боевых действиях

Дата начала реабилитационного курса: " __ " _____ 20__ г.

Дата завершения реабилитационного курса: " __ " _____ 20__ г.

Договор о предоставлении услуг: N _____ дата _____
(число, месяц, год)

Форма оказания услуг:

☐ стационарная

☐ полустационарная

☐ на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий

Предпочтительный способ связи:

☐ по телефону ☐ по электронной почте ☐ заказным письмом ☐ иным способом (указать):

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

3. Возраст (количество полных лет): _____

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, места фактического проживания на территории Российской Федерации, места нахождения пенсионного дела инвалида (ребенка-инвалида), выехавшего на постоянное жительства за пределы Российской Федерации) (нужное отметить):

6.1. Государство: _____

6.2. Индекс: _____

6.3. Субъект Российской Федерации: _____

6.4. Район: _____

6.5. Населенный пункт: _____

6.6. Улица: _____

6.7. Дом, корпус, строение: _____

- 6.8. Квартира: _____
7. Лицо без регистрации по месту жительства (месту пребывания) ☐
8. Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания):
- 8.1. Государство: _____
- 8.2. Индекс: _____
- 8.3. Субъект Российской Федерации: _____
- 8.4. Район: _____
- 8.5. Населенный пункт: _____
- 8.6. Улица: _____
- 8.7. Дом, корпус, строение: _____
- 8.8. Квартира: _____
9. Лицо без постоянной регистрации ☐
10. Страховой номер индивидуального лицевого счета получателя услуги: _____
11. Документ, удостоверяющий личность получателя услуги (указать наименование документа):
- _____ серия _____ N _____ кем выдан _____
_____ когда выдан _____
12. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (если имеется) (степень родства):
- _____
13. Документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
- _____ серия _____ N _____ кем выдан _____
_____ когда выдан _____
14. Документ, подтверждающий полномочия законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
- _____ серия _____ N _____ кем выдан _____
_____ когда выдан _____
15. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя получателя услуги:
- _____
16. Контактная информация:
- 16.1. Контактный номер телефона: _____
- 16.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

II. Сведения об инвалидности

17. Инвалидность:
- 17.1. ☐ Первая группа ☐ Вторая группа ☐ Третья группа ☐ Категория "ребенок-инвалид"
- 17.2. Инвалидность, установлена впервые ☐, повторно ☐ (нужное отметить), дата установления инвалидности _____ на срок до: _____
18. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее - ИПРА):

18.1. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) разработана на срок до: _____

18.2. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) N _____

19. Причина инвалидности: _____

20. Реабилитационный или абилитационный потенциал (нужное отметить):

высокий ☐, средний (удовлетворительный) ☐, низкий ☐.

21. Реабилитационный или абилитационный прогноз (нужное отметить):

благоприятный ☐, относительно благоприятный ☐, сомнительный (неясный) ☐.

22. Выявленные ограничения основных категорий жизнедеятельности:

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

23. Заключение о нуждаемости в реализации мероприятий и оказании услуг в соответствии с ИПРА получателя услуги:

Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий и оказании услуг	Период, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий и оказание услуг	Исполнитель мероприятий и услуг
Социально-средовая реабилитация и абилитация		
☐ нуждается		
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация		
☐ нуждается		
Социально-психологическая реабилитация и абилитация		
☐ нуждается		
Социально-бытовая реабилитация и абилитация		
☐ нуждается		
Профессиональная ориентация		
☐ нуждается		

24. Целевая реабилитационная группа:

_____ (указывается наименование одной или нескольких (при наличии) целевых реабилитационных групп)

25. Цели оказания услуг:

Восстановление (компенсация) или формирование нарушенных (отсутствовавших) функций организма человека полностью (частично):

Восстановление (компенсация, формирование) способности инвалида (ребенка-инвалида) к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю за своим поведением, обучению, трудовой деятельности полностью (частично):

III. Результаты реабилитации и абилитации получателя услуги

26. Результат первичной диагностики по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов):

Статус по результатам первичной диагностики	
☐ Социально-бытовой статус	
☐ Социально-средовой статус	
☐ Социально-педагогический статус	
☐ Социально-психологический статус	
☐ Профессиональный статус для целей проведения профессиональной ориентации инвалидов (детей-инвалидов)	

27. Заключение междисциплинарной команды специалистов о нуждаемости в реализации мероприятий и оказании услуг в соответствии с ИПРА получателя услуги:

28. Цели реабилитации и абилитации на реабилитационный курс, продолжительность _____ (количество дней):

29. Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуги и фактическая реализация мероприятий и оказание услуг в рамках реабилитационного курса:

Основное направление комплексной реабилитации и абилитации	Наименование услуг	Наименование мероприятий, входящих в состав услуги	Рекомендуемое количество мероприятий, входящих в состав услуги (единиц)	Фактическая реализация мероприятий, входящих в состав услуги (единиц)		
				Исполнено	Формат реализации	
					групповая	индивидуальная

Социальная реабилитация и абилитация	☐ Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	☐ Услуга по социально-средовой реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	☐ Услуга по социально-педагогической реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	☐ Услуга по социально-психологической реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
		Тренинги				
		Просвещение				
	Итого по услуге					
Профессиональная реабилитация и абилитация	☐ Услуга по профессиональной ориентации	Профориентационная диагностика				
		Профориентационное информирование				
		Профориентационное консультирование				
		Профориентационная коррекция				
		Профессиональный отбор				
		Профессиональный подбор				
	Итого по услуге					

30. Дневники специалистов междисциплинарной команды (заполняются после проведения каждого мероприятия, входящего в состав услуги):

N п/п	Дата и время реализации мероприятия	Наименование мероприятий, входящих в состав услуги	Получатель услуги		Формат реализации		Цель мероприятия, входящего в состав услуги	Методы или программы	Оборудование	Динамические изменения
			инвалид (ребенок-инвалид)	законный (уполномоченный) представитель	групповая	индивидуальная				

31. Результаты оценки (первичная, повторная (контрольная) диагностика) оказанных услуг и эффективности проведенной реабилитации и абилитации получателя услуги в организации:

Наименование услуг	Результаты первичной диагностики	Результаты повторной (контрольной) диагностики	Реабилитационный эффект (% , оценка)
☐ Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по социально-средовой реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по социально-педагогической реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по социально-психологической реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по профессиональной ориентации			

IV. Заключение междисциплинарной команды специалистов при выписке получателя услуги из организации

32. Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуги реализован:

32.1. ☐ полностью

32.2. ☐ частично

33. Состав невыполненных мероприятий, входящих в состав услуги, причины неполной реализации индивидуального плана реабилитации и абилитации получателя услуги (указать):

34. Цели реабилитации и абилитации за реабилитационный курс достигнуты:

34.1. ☐ полностью

34.2. ☐ частично

35. Члены междисциплинарной команды специалистов:

_____	_____	_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись
_____	_____	_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись
_____	_____	_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись

V. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов получателю услуги (законному (уполномоченному) представителю) по дальнейшей организации процесса реабилитации и абилитации и маршрутизации получателя услуги

36. Рекомендовано:

Руководитель организации или уполномоченное
должностное лицо

(подпись)

(инициалы, фамилия)

"__" _____ 20__ г.
(число, месяц, год)

Приложение
к реабилитационной (абилитационной)
карте реализации мероприятий
и оказания услуг по отдельным
основным направлениям комплексной
реабилитации и абилитации инвалидов
(детей-инвалидов), утвержденной
приказом Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

(наименование реабилитационной организации)

из реабилитационной (абилитационной) карты реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов)

Выдана получателю услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (далее - услуги, получатель услуг)

фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида (ребенка-инвалида)

Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____

Целевая реабилитационная группа:

(указывается наименование одной или нескольких (при наличии) целевых реабилитационных групп)

Цели оказания услуг при поступлении получателя услуг в реабилитационную организацию:

Услуги оказаны в период _____ - _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

в полустационарной, стационарной форме, на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий (нужное подчеркнуть)

Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуг (нужное указать) реализован:

☐ полностью
☐ частично

Перечень реализованных мероприятий, входящих в состав услуги, согласно стандарту оказания услуг:

Причины неисполнения индивидуального плана реабилитации и абилитации получателя услуг (указать):

Результаты оценки реализованных мероприятий и оказанных услуг и эффективности проведенной реабилитации и абилитации получателя услуг в реабилитационной организации:

Рекомендации междисциплинарной команды специалистов:

Руководитель организации или уполномоченное
должностное лицо (руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды организации) _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

" ____ " _____ 20__ г.
(число, месяц, год)

МП

(наименование реабилитационной организации)

ЖУРНАЛ

учета детей и их семей, поступивших в реабилитационную организацию, и реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям

Начат " __ " _____ 20__ г.

Окончен " __ " _____ 20__ г.

N п/п	Дата (число, месяц, год) подачи заявления о реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям (далее соответственно - мероприятия и услуги, получатели услуг)	Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка	Дата рождения ребенка (число, месяц, год)	Пол ребенка (мужской, женский)	Гражданство ребенка	Адрес места жительства ребенка		Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность ребенка	Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка
						место пребывания (место фактического проживания)	адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Категория "ребенок-инвалид" (указывается : установлена или не установлена)	Категории получателей услуг по ранней помощи	Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка	Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного (уполномоченного) представителя	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного (уполномоченного) представителя	Контактная информация (контактный номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))	Сведения о возможном отказе получателя услуг от реализации мероприятий и оказания услуг (указываются дата подачи заявления получателя услуг об отказе в реализации мероприятий и оказании услуг по ранней помощи и причина такого отказа)	Сведения о возможности применения дистанционных технологий (указываются при оказании услуг на дому)
11	12	13	14	15	16	17	18
							☐ наличие технического обеспечения ☐ владение навыками использования информационных и коммуникационных технологий

Реквизиты договора о реализации мероприятий и оказании услуг		Форма реализации мероприятий и оказания услуг			Период реализации мероприятий и оказания услуг		Период, за который фактически реализованы мероприятия и оказаны услуги (количество дней)	Перечень мероприятий и услуг
номер	дата	полустационарная - 1	стационарная - 2	на дому - 3	дата начала	дата окончания		
19	20	21	22	23	24	25	26	27

Отметка о реализации мероприятий и оказании услуг (оказано или не оказано)	Общее количество реализованных мероприятий и оказанных услуг согласно стандарту оказания услуг (единиц)	Отметка о достижении цели (выполнена, частично выполнена, не выполнена)	В случае нереализации мероприятий и неоказания услуг указать причины	Результат реализации мероприятий и оказания услуг
28	29	30	31	32

			☐ получатель услуги отказался от реализации (оказания) того или иного вида, формы и объема мероприятий и услуг ☐ получатель услуги отказался от реализации мероприятий и оказания услуг в целом ☐ иные причины, указанные получателем услуги в заявлении об отказе от реализации мероприятий и оказания услуг	☐ переход ребенка в образовательную организацию ☐ продолжение реализации мероприятий и оказания услуг ☐ завершение реализации мероприятий и оказания услуг ☐ реализация мероприятий и оказание услуг в иной организации
--	--	--	---	---

Приложение N 4
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

(наименование реабилитационной организации, оказывающей раннюю помощь детям и их семьям)

(адрес реабилитационной организации, оказывающей раннюю помощь детям и их семьям)

(основной государственный регистрационный номер, основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя)

Карта
реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям
N _____

Получателем мероприятий и услуг по ранней помощи детям и их семьям (далее - получатель услуг) является ребенок от рождения до трех лет (независимо от наличия инвалидности), который имеет ограничения жизнедеятельности либо риск развития ограничений жизнедеятельности, и его семья (далее соответственно - ребенок, семья, мероприятия и услуги) <1>

Дата поступления получателя услуг: " __ " _____ 20__ г.

Дата завершения оказания услуг: " __ " _____ 20__ г.

Договор о реализации мероприятий и оказании услуг: дата _____
(число, месяц, год)

N _____

Форма реализации мероприятий и оказания услуг

☐ полустационарная

в период

-

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

☐ стационарная с сопровождающим лицом

в период

-

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

☐ на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий

Дата: с " __ " _____ 20__ г. по " __ " _____ 20__ г.

Предпочтительный способ связи:

☐ по телефону ☐ по электронной почте ☐ заказным письмом ☐ иным способом (указать):

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: _____

2. Дата рождения: число __ месяц _____ год ____

3. Возраст (количество полных лет): _____

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) (нужное отметить):

6.1. Государство: _____

6.2. Индекс: _____

6.3. Субъект Российской Федерации: _____

6.4. Район: _____

6.5. Населенный пункт: _____

6.6. Улица: _____

6.7. Дом, корпус, строение: _____

6.8. Квартира: _____

7. Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания):

7.1. Государство: _____

7.2. Индекс: _____

7.3. Субъект Российской Федерации: _____

7.4. Район: _____

7.5. Населенный пункт: _____

7.6. Улица: _____

7.7. Дом, корпус, строение: _____

7.8. Квартира: _____

8. Лицо без регистрации по месту жительства (месту пребывания) ☐

9. Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка: _____

10. Документ, удостоверяющий личность ребенка (указать наименование документа):

_____ серия _____ N _____ кем выдан _____

когда выдан _____

11. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка:

12. Документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя ребенка (указать наименование документа):

серия _____ N _____ кем выдан _____
когда выдан _____

13. Документ, подтверждающий полномочия законного (уполномоченного) представителя ребенка (указать наименование документа):

серия _____ N _____ кем выдан _____
когда выдан _____

14. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя ребенка:

15. Контактная информация:

15.1. Контактный номер телефона: _____

15.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

15.3. Иное (указать): _____

II. Категории получателей услуг

16. Категории получателей услуг по ранней помощи в соответствии с критериями включения детей от рождения до трех лет и их семей в число потенциально нуждающихся в реализации мероприятий и оказании услуг [<2>](#):

16.1. ☐ наличие у ребенка категории "ребенок-инвалид"

16.2. ☐ отнесение ребенка медицинскими организациями по результатам профилактического медицинского осмотра к IV либо V группе здоровья

16.3. ☐ воспитание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, что подтверждено справкой такой организации

16.4. ☐ воспитание ребенка в семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, или в семье, находящейся в социально опасном положении, что подтверждено заключением, выданным организациями социального обслуживания, помощи семье и детям, органами опеки и попечительства

16.5. ☐ наличие у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении, что подтверждено заключением психолого-медико-педагогической комиссии

16.6. ☐ обеспокоенность родителей или законных (уполномоченных) представителей развитием и поведением ребенка, не относящегося к категории детей, указанных в [подпунктах 16.1 - 16.5 пункта 16](#)

16.6.1. ☐ наличие у ребенка задержки развития и отклонений в поведении (без категории "ребенок с ОВЗ")

16.6.2. ☐ наличие у ребенка ограничений жизнедеятельности (без категории "ребенок-инвалид")

17. Документ, подтверждающий отнесение ребенка и его семьи к потенциально нуждающимся в реализации мероприятий и оказании услуг по ранней помощи:

N _____ дата составления (число, месяц, год) _____

III. Определение потребности ребенка и его семьи в реализации мероприятий и оказании услуг, предусмотренных стандартом оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям

18. Причины обращения семьи:

19. Результаты определения потребности ребенка и семьи в мероприятиях и услугах по ранней помощи на первичном приеме:

19.1. Заключение о степени выраженности затруднений активности и участия ребенка по областям жизнедеятельности согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренной на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г. (далее - МКФ):

Области жизнедеятельности	Показатели степени выраженности затруднений активности и участия ребенка				
	Нет затруднений	Легкие затруднения	Умеренные затруднения	Тяжелые затруднения	Абсолютные затруднения
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Обучение и применение знаний					
Общие задачи и требования					
Общение					
Мобильность					
Самообслуживание					
Бытовая жизнь					
Межличностные взаимодействия					
Главные сферы жизни					
Жизнь в сообществах					

19.2. Заключение о нарушениях функций организма у ребенка согласно МКФ (заполняется по данным медицинской документации при наличии)

Функции	Наличие нарушений (степень выраженности)
Умственные функции (функции сознания, интеллектуальные функции, волевые и побудительные функции, функции сна, функции внимания, памяти, восприятия, функции эмоций)	
Сенсорные функции и боль (функции зрения, слуха, вестибулярные функции)	
Функции голоса и речи	
Функции сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем (функции сердца, функции системы крови, функции иммунной системы (аллергические реакции, гиперчувствительность), функции дыхания)	
Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма (функции приема пищи, пищеварения, дефекации, функции сохранения массы тела, функции эндокринных желез)	

Урогенитальные и репродуктивные функции (функции мочеиспускания)	
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции (функции подвижности суставов, функции мышечной силы и тонуса, контроль произвольных двигательных функций, непроизвольные двигательные функции)	
Функции кожи и связанных с ней структур (функции кожи, волос и ногтей)	

19.3. Заключение о наличии факторов окружающей среды, отражающихся на жизнедеятельности ребенка и семьи:

Факторы окружающей среды	Облегчающие (ресурсы) факторы	Барьеры
Продукция и технологии: - продукты, лекарства, одежда, обувь, бытовые приборы; - специализированное оборудование для индивидуального использования (протезы, ортезы и прочее); - средства передвижения; - оборудование для коммуникации, для приобретения знаний; - обустройство жилья		
Поддержка и взаимосвязи (семья и ближайшие родственники, друзья, знакомые семьи, профессиональные медицинские работники и другие)		
Установки социального окружения ребенка		

20. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов по определению потребности ребенка и его семьи в мероприятиях и услугах:

- ☐ консультация по результатам проведения первичного приема
- ☐ разработка и реализация индивидуальной программы ранней помощи (далее - ИПРП)
- ☐ консультативные услуги по ранней помощи детям и их семьям без разработки ИПРП
- ☐ реализация мероприятий и оказание услуг в иной реабилитационной организации (указать наименование реабилитационной организации)

21. План проведения оценочных процедур междисциплинарной командой специалистов для разработки ИПРП (заполняется в случае потребности ребенка и семьи в разработке и реализации ИПРП)

Вид оценки	Инструмент оценки (согласно стандарту оказания услуг)	Специалист	Дата проведения
Оценка поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях			

Оценка эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими близкими ухаживающими взрослыми			
Оценка развития навыков у ребенка			
Оценка мотивационных факторов			

IV. Проведение оценочных процедур междисциплинарной командой специалистов для разработки ИПРП

22. Результаты проведения оценочных процедур для разработки ИПРП:

22.1. Результаты оценки поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях:

№ п/п	Область жизнедеятельности	Повседневные естественные жизненные ситуации	Результаты оценки	Факторы окружающей среды	Специалист (должность, подпись)

22.2. Результаты оценки эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими ухаживающими взрослыми:

22.3. Результаты оценки развития навыков у ребенка:

Область развития	Результаты (навык сформирован, появляется, отсутствует)
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	

22.4. Результаты оценки мотивационных факторов:

V. Реализация ИПРП

23. Учет мероприятий и услуг, указанных в ИПРП:

№ п/п	Наименование мероприятия/услуги	Срок реализации/оказания	Количество реализованных мероприятий и оказанных услуг	Форма предоставления				Исполнитель (должность, подпись)
				Индивидуально	В группе	Очно	Дистанционно	

24. Данные о результатах проведения промежуточной оценки реализации ИПРП:

24.1. Результаты оценки поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях:

№ п/п	Область жизнедеятельности	Повседневные естественные жизненные ситуации	Результаты оценки	Факторы окружающей среды	Специалист (должность, подпись)

24.2. Результаты оценки эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими ухаживающими взрослыми:

24.3. Результаты оценки развития навыков у ребенка:

Область развития	Результаты (навык сформирован, появляется, отсутствует)
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	

Дата проведения промежуточной оценки: " __ " _____ 20__ г.

25. Данные о результатах проведения итоговой оценки реализации ИПРП:

25.1. Результаты оценки поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях:

№ п/п	Область жизнедеятельности	Повседневные естественные жизненные ситуации	Результаты оценки	Факторы окружающей среды	Специалист (должность, подпись)

25.2. Результаты оценки эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими ухаживающими взрослыми:

25.3. Результаты оценки развития навыков у ребенка:

Область развития	Результаты (навык сформирован, появляется, отсутствует)
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	

Дата проведения промежуточной оценки: " __ " _____ 20__ г.

26. Заключение междисциплинарной команды специалистов о результативности выполнения мероприятий и услуг

Показатель	Результаты (положительная динамика, отрицательная динамика, без динамики)
Области жизнедеятельности ребенка	
Вовлеченность в повседневные естественные жизненные ситуации	
Уровень развития ребенка	
Формирование взаимодействий ребенка и родителя или других непосредственно ухаживающих за ребенком взрослых	
Повышение компетентности родителей (законного (уполномоченного) представителя)	

27. Реализация мероприятий и оказание услуг завершены по следующим основаниям:

- ☐ Достижение ребенком возраста трех лет
- ☐ Достижение целей ИПРП
- ☐ Отказ получателя услуги от получения мероприятий и услуг
- ☐ Невыполнение получателем услуги условий договора
- ☐ Перевод ребенка в образовательную организацию
- ☐ Иные причины (указать):

Дата _____
(число, месяц, год)

Рекомендации даны получателю услуг:

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Мероприятия реализованы и услуги оказаны в период: _____ - _____
(число, (число, месяц, месяц, год) год)

Форма реализации мероприятий и услуг:

- ☐ полустационарная форма
- ☐ стационарная форма
- ☐ на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий

ИПРП реализована:

- ☐ полностью
- ☐ частично

Перечень реализованных мероприятий и оказанных услуг:

Причины неисполнения индивидуального плана мероприятий и услуг (указать):

Результат реализации ИПРП:

Оказывались консультативные услуги по ранней помощи детям и их семьям без разработки ИПРП

☐

Рекомендации междисциплинарной команды специалистов, реализующих мероприятия и оказывающих услуги по ранней помощи:

Рекомендации специалиста:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Рекомендации специалиста:

1.
2.
3.
4.
5.

Рекомендации специалиста:

1.
2.
3.
4.
5.

Междисциплинарная команда специалистов:

Специалист:

должность

подпись

расшифровка подписи

Специалист:

должность

подпись

расшифровка подписи

Специалист:

должность

подпись

расшифровка подписи

Руководитель организации или
уполномоченное должностное лицо

(подпись)

(инициалы, фамилия)

"__" _____ 20__ г.

<1> [Статья 9.3](#) Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".

<2> [Примерные требования](#) к организации и осуществлению ранней помощи детям и их семьям, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 16 августа 2024 г. N 1099.

Приложение N 1
к карте реализации мероприятий
и оказания услуг по ранней
помощи детям и их семьям,
утвержденной приказом
Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

Форма

План
работы по предоставлению консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям без разработки
индивидуальной программы ранней помощи

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя или законного (уполномоченного) представителя: _____

Возраст ребенка (количество полных лет): _____

Дата составления плана: _____

Срок реализации плана: с _____ по _____

Перечень консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям (выбрать):

- ☐ Срочное консультирование семьи и ребенка по вопросам ранней помощи
- ☐ Дистанционное консультирование семьи и ребенка по вопросам ранней помощи
- ☐ Краткосрочное консультирование ребенка и семьи
- ☐ Пролонгированное консультирование ребенка и семьи
- ☐ Консультирование родителей в период адаптации ребенка в образовательной организации
- ☐ Консультирование специалистов и воспитателей дошкольной образовательной организации в период адаптации ребенка в дошкольной образовательной организации

Цель консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям: _____

Учет исполнения консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям

№ п/п	Наименование услуги	Срок оказания услуги	Количество оказанных услуг	Форма оказания услуги				Исполнитель
				Индивидуально	В группе	Очно	Дистанционно	

Результат оказания консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям:

Рекомендации получателю услуг: _____

Руководитель организации или
уполномоченное должностное лицо
(руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды организации)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

"__" _____ 20__ г.

№ п/п	Наименование услуги (мероприятия)	Объем оказания услуги (реализации мероприятия) (количество)	Продолжительность одной сессии (в минутах)	Периодичность оказания услуги (реализации мероприятия)	Форма оказания услуги (реализации мероприятия)	Формат оказания услуги (реализации мероприятия)				Специалист
						Индивидуально	В группе	Очно	Дистанционно	

Междисциплинарная команда специалистов:

Специалист:

должность

подпись

расшифровка подписи

Специалист:

должность

подпись

расшифровка подписи

Специалист:

должность

подпись

расшифровка подписи

Руководитель организации или
уполномоченное должностное лицо

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата выдачи ИПРП получателю услуг:

(число, месяц, год)

Информация о получении ИПРП получателем услуг:

☐

ИПРП получил (получила)

(подпись получателя услуги)

(инициалы, фамилия)

Приложение N 3
к карте реализации мероприятий
и оказания услуг по ранней
помощи детям и их семьям,
утвержденной приказом
Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

Форма

План
работы с семьей по реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям в
индивидуальной программе ранней помощи

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя или законного (уполномоченного) представителя:

Возраст ребенка (количество полных лет):

Дата составления плана:

Период реализации:

-

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

Специалист (должность):

Цель реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям:

Этапы по достижению цели:

1.

2.

3.

4.

5.

Работа специалиста с семьей:

Дата	Описание действий специалиста	Планирование следующей встречи

Специалист	(подпись)	(инициалы, фамилия)
------------	----------------------------------	--

"__" _____ 20__ г.

Приложение N 5
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

Список изменяющих документов
(введено [Приказом](#) Минтруда России от 22.12.2025 N 726н;
в ред. [Приказа](#) Минтруда России от 03.09.2026 N 407н)

Форма

(наименование организации, оказывающей протезно-ортопедическую помощь инвалидам (протезирование, ортезирование, слухопротезирование) (нужное подчеркнуть)

(адрес организации, оказывающей протезно-ортопедическую помощь инвалидам (протезирование, ортезирование, слухопротезирование) (нужное подчеркнуть)

(основной государственный регистрационный номер организации, оказывающей протезно-ортопедическую помощь инвалидам (протезирование, ортезирование, слухопротезирование) (нужное подчеркнуть)

Карта
реализации мероприятий и оказания услуг по протезно-ортопедической помощи инвалидам
(протезированию, ортезированию, слухопротезированию)

N _____

Получатель услуг по одному из основных направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) "Протезно-ортопедическая помощь инвалидам" (далее - услуги, получатель услуги) (указать нужное):

☐ ребенок-инвалид

☐ инвалид

☐ инвалид, получивший травму, ранение, контузию, увечье в связи с участием в боевых действиях

Дата начала оказания услуги: " __ " _____ 20__ г.

Дата завершения оказания услуги: " __ " _____ 20__ г.

Договор о предоставлении услуги: N _____ дата

(число, месяц, год)

Форма оказания услуги:

☐ стационарная

☐ полустационарная

Предпочтительный способ связи:

☐ по телефону ☐ по электронной почте ☐ заказным письмом ☐ иным способом (указать):

☐ амбулаторно

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

3. Возраст (количество полных лет): _____

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, места фактического проживания на территории Российской Федерации, места нахождения пенсионного дела инвалида (ребенка-инвалида), выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации) (нужное отметить):

6.1. Государство: _____

- 6.2. Индекс: _____
- 6.3. Субъект Российской Федерации: _____
- 6.4. Район: _____
- 6.5. Населенный пункт: _____
- 6.6. Улица: _____
- 6.7. Дом, корпус, строение: _____
- 6.8. Квартира: _____
7. Лицо без регистрации по месту жительства (месту пребывания) ☐
8. Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания):
- 8.1. Государство: _____
- 8.2. Индекс: _____
- 8.3. Субъект Российской Федерации: _____
- 8.4. Район: _____
- 8.5. Населенный пункт: _____
- 8.6. Улица: _____
- 8.7. Дом, корпус, строение: _____
- 8.8. Квартира: _____
9. Лицо без постоянной регистрации ☐
10. Страховой номер индивидуального лицевого счета получателя услуги: _____
11. Документ, удостоверяющий личность получателя услуги (указать наименование документа):
- | | | | |
|-------|-------|-----------|-------------|
| серия | N | кем выдан | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | когда выдан |
| | | | _____ |
12. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (если имеется) (степень родства): _____
13. Документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
- | | | | |
|-------|-------|-----------|-------------|
| серия | N | кем выдан | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | когда выдан |
| | | | _____ |
14. Документ, подтверждающий полномочия законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
- | | | | |
|-------|-------|-----------|-------------|
| серия | N | кем выдан | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | когда выдан |
| | | | _____ |
15. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя получателя услуги: _____
16. Контактная информация: _____
- 16.1. Контактный номер телефона: _____
- 16.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

17. Инвалидность:

17.1. ☐ Первая группа ☐ Вторая группа ☐ Третья группа ☐ Категория "ребенок-инвалид"

17.2. Инвалидность, установлена впервые ☐, повторно ☐ (нужное отметить),
дата установления инвалидности _____ на срок до: _____

17.3. Целевая реабилитационная группа (указать): _____

18. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее - ИПРА):

18.1. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) разработана на срок до: _____

18.2. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) N _____

19. Причина инвалидности: _____

III. Общие сведения о протезировании, ортезировании, слухопротезировании

20. Вид протезирования:

☐ Первичное ☐ Постоянное (повторное)

21. Вес _____ Рост _____ Возраст _____

22. Опыт пользования протезом, ортезом, слуховым аппаратом:

☐ _____ (указать сколько лет) ☐ нет опыта

22.1. Вид используемого протеза, ортеза, слухового аппарата: _____

23. Дата ампутации (реампутаций) _____

23.1. Причина ампутации (заполняется в случае оказания услуг по протезированию):

☐ осложнение облитерирующего заболевания артерий	☐ врожденная патология
☐ осложнения сахарного диабета	☐ онкологическое заболевание
☐ травма	☐ другое _____
☐ минно-взрывная травма	

23.2. Причина нуждаемости в ортезировании (заполняется при оказании услуг по ортезированию)

☐ врожденная патология центральной нервной системы	☐ последствия травмы конечностей и (или) скелета
☐ недоразвитие верхней конечности	☐ последствия травмы спинного мозга
☐ недоразвитие нижней конечности	☐ заболевание костно-мышечной системы
☐ другое _____	☐ последствия острого нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмы
	☐ последствие онкозаболевания

24. Сопутствующая патология

☐ ишемическая болезнь сердца	☐ коксартроз и (или) гонартроз
☐ последствия инсульта	☐ сахарный диабет

☐ другое _____

☐ артериальная гипертензия

☐ почечная недостаточность

IV. Данные первичных осмотров специалистов

25. Осмотр врача-травматолога-ортопеда или врача-хирурга при оказании услуги по протезированию верхних и нижних конечностей:

25.1. Характеристика культи:

☐ Верхняя конечность ☐ Нижняя конечность

Уровень ампутации:

☐ Верхняя треть ☐ Средняя треть ☐ Нижняя треть ☐ Вычленение

☐ Недоразвитие конечности

Длина культи: _____ (см)

Форма культи:

☐ умеренно коническая ☐ коническая ☐ резко коническая

☐ цилиндрическая ☐ булабовидная ☐ деформированный сегмент

☐ укорочение

Состояние кожных покровов _____

Чувствительность:

☐ сохранена ☐ отсутствует

Наличие рубцов:

☐ отсутствуют ☐ келоидный ☐ линейный ☐ обширный

Локализация рубца

☐ торец ☐ медиальная боковая ☐ задняя ☐ передняя
поверхность поверхность поверхность поверхность

☐ латеральная боковая
поверхность

Подвижность рубца:

☐ спаян с костью ☐ спаян с мягкими ☐ подвижный
тканями

Мягкие ткани:

☐ дефицит ☐ избыток ☐ гипотрофия

☐ сухость ☐ отечность ☐ атрофия

25.2. Наличие болезней и пороков культи: нет (да) (нужное подчеркнуть):

Кожных покровов и мягких тканей:

☐ незаживающие раны ☐ лигатурные свищи ☐ болезненные
рубцы

☐ нарушения трофики ☐ гиперкератоз ☐ бурситы

культи

☐ инородные тела

Скелета:

☐ подкожное выстояние ☐ экзостозы ☐ остеомиелит

костей

культи

☐ искривление оси ☐ остеофиты

костей

Нервной ткани:

☐ невропатии ☐ болезненные ☐ фантомно-болевого синдром

невромы

25.3. Характеристика сохранных суставов:

☐ контрактура ☐ нестабильность, ☐ деформирующий артроз суставов

боковая разболтанность

усеченной конечности

☐ рекурвация, боковые ☐ деформация

подвывихи

мышцелков

25.4. Заключение по функциональности культи:

☐ функциональная ☐ нефункциональная

25.5. Наличие других отклонений со стороны костно-мышечной системы:

☐ асимметрия тазового ☐ асимметрия ☐ нарушение осанки

пояса

плечевого пояса

25.6. Состояние контралатеральной нижней конечности:

☐ опороспособная ☐ наопороспособная ☐ частично опороспособная

25(1). Осмотр врача-офтальмолога или врача-офтальмолога-протезиста при оказании услуги по главному протезированию:

Визуальная оценка состояния органа зрения

25(2). Осмотр врача - челюстно-лицевого хирурга или врача - пластического хирурга при оказании услуги по протезированию поврежденных (утраченных) сегментов головы:

Визуальная оценка состояния поврежденного (утраченного) сегмента головы

25(3). Осмотр врача-травматолога-ортопеда или врача-хирурга при оказании услуги по протезированию экзопротезом молочной железы:

Визуальная оценка состояния области мастэктомии

26. Осмотр врача-травматолога-ортопеда или врача-хирурга при оказании услуги по ортезированию

26.1. Характеристика состояния сегментов тела в зависимости от вида и функционального назначения ортеза

☐ коррекция патологических установок сегментов
верхней (нижней) конечности

☐ фиксация, разгрузка суставов
конечностей

☐ коррекция патологических установок
позвоночника

☐ фиксация, разгрузка структур туловища

☐ активизация связанных с движением функций
сегментов верхней (нижней) конечности

☐ другое _____

27. Осмотр врача-сурдолога-оториноларинголога при оказании услуг по слухопротезированию

27.1. Визуальная оценка состояния органа слуха

27.2. Данные тональной пороговой аудиометрии:

27.2.1. Данные тональной пороговой аудиометрии в отсутствие маскирующего шума:

27.2.2. Данные тональной пороговой аудиометрии в присутствии маскирующего шума:

27.3. Данные речевой аудиометрии:

27.3.1. Данные речевой аудиометрии в отсутствие маскирующего шума:

27.3.2. Данные речевой аудиометрии в присутствии маскирующего шума:

27.3.3. Данные акустической импедансометрии:

28. Данные осмотра медицинского психолога или психолога:

29. Осмотр врача физической и реабилитационной медицины (врача по медицинской реабилитации, врача лечебной физкультуры, инструктора-методиста по лечебной физкультуре при оказании услуги по протезированию или ортезированию) (нужное отметить):

29.1. Сила мышц по 6-балльной шкале:

Нижней конечности:

Верхней конечности:

Слева _____ Справа _____

Слева _____ Справа _____

29.2. Тонус мышц по шкале Ашворта (Ashworth Scale) (баллы):

Нижней конечности:

Верхней конечности:

Слева _____ Справа _____

Слева _____ Справа _____

29.3 Уровень двигательной активности (заполняется при оказании услуг по протезированию нижних конечностей в соответствии с [приказом](#) Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 декабря 2024 г. N 687н "Об утверждении перечня медицинских и социальных показаний, медицинских противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, технических решений, в том числе специальных, конструктивных особенностей и параметров технических средств реабилитации, используемых в целях устранения или возможно более полной компенсации стойких ограничений жизнедеятельности инвалидов" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2025 г., регистрационный N 81522) с изменениями, внесенными приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 апреля 2025 г. N 199н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 мая 2025 г., регистрационный N 82167), от 16 января 2026 г. N 10н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 февраля 2026 г., регистрационный N 85332) и от 17 августа 2026 г. N 356н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 сентября 2026 г., регистрационный N 88271):

☐ 1 уровень ☐ 2 уровень ☐ 3 уровень ☐ 4 уровень

29.4. Другие данные _____

30. Цель оказания услуг по протезированию, ортезированию, слухопротезированию (нужное подчеркнуть):

30.1. Компенсация или формирование нарушенных (отсутствовавших) функций организма инвалида (ребенка-инвалида):

☐ Формирование или ☐ компенсация нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций:

☐ полностью ☐ частично

☐ Компенсация нарушений, обусловленных врожденными или приобретенными деформациями (аномалиями развития), последствиями травм лица и тела:

☐ полностью ☐ частично

☐ Восстановление или ☐ компенсация сенсорных функций слуха:

☐ полностью ☐ частично

☐ Коррекция косметических дефектов:

☐ полностью ☐ частично

30.2. Восстановление или формирование способности инвалида (ребенка-инвалида) осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, обучаться, заниматься трудовой деятельностью:

☐ Восстановление или ☐ формирование способности осуществлять самообслуживание:

☐ полностью ☐ частично

☐ Восстановление или ☐ формирование способности самостоятельно передвигаться:

☐ полностью ☐ частично

☐ Восстановление или ☐ формирование способности к ориентации:

☐ полностью ☐ частично

☐ Восстановление или ☐ формирование способности к общению:

☐ полностью ☐ частично

V. Заключение междисциплинарной команды специалистов

31. Реабилитационный прогноз получателя услуги в целях оказания услуг по протезно-ортопедической помощи (протезированию, ортезированию, слухопротезированию):

31.1. Реабилитационный прогноз получателя услуги в целях оказания услуги по протезированию

Возможность восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида)	Возможность компенсации или формирования нарушенных (отсутствовавших) функций организма инвалида (ребенка-инвалида)
по протезированию верхних и нижних конечностей	
Возможность восстановления или формирования способности к самообслуживанию: ☐ полностью ☐ частично	Возможность выполнять заданные функции: ☐ раскрытие (закрытие) искусственной кисти Выполнение различных схватов: ☐ щипкового ☐ цилиндрического ☐ плоскостного ☐ шарового ☐ удержание предметов ☐ перенос груза
Возможность восстановления или формирования способности к самостоятельному передвижению: ☐ полностью ☐ частично	Возможность находиться в основных положениях: ☐ сидение ☐ стояние ☐ присаживание ☐ вставание ☐ наклоны туловища Возможность ходьбы по разным поверхностям: ☐ по ровной поверхности ☐ по пересеченной поверхности ☐ по наклонной поверхности ☐ по лестнице Возможность перемещения приставным шагом ☐
	Возможная степень компенсации косметических дефектов: ☐ полная ☐ частичная
по главному протезированию	
Возможность восстановления или формирования способности к общению: ☐ полностью ☐ частично	Компенсация косметического дефекта ☐ полная ☐ частичная
по протезированию поврежденных (утраченных) сегментов головы	

Возможность восстановления или формирования способности к общению: ☐ полностью ☐ частично	☐ Снижение необходимости использования невербальных способов общения ☐ Компенсация косметического дефекта
по протезированию экзопротезом молочной железы	
Возможность восстановления или формирования способности к самостоятельному передвижению: ☐ полностью ☐ частично	☐ Уменьшение искривления позвоночника и нарушений конфигурации туловища ☐ Возможность удерживать стабильность позы и равновесия (с меньшим отклонением корпуса) ☐ Компенсация косметического дефекта

31.2. Реабилитационный прогноз получателя услуги в целях оказания услуги по ортезированию

Возможность восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида)	Возможность компенсации или формирования нарушенных (отсутствовавших) функций организма инвалида (ребенка-инвалида)
Возможность восстановления или формирования способности к самообслуживанию: ☐ полностью ☐ частично	☐ Возможность выполнения различных движений верхних конечностей при бытовых и трудовых действиях ☐ Уменьшение патологических движений верхних конечностей
Возможность восстановления или формирования способности к самостоятельному передвижению: ☐ полностью ☐ частично	☐ Улучшение опороспособности нижней конечности ☐ Уменьшение искривления позвоночника и нарушений конфигурации туловища ☐ Возможность удерживать вертикальное положение самостоятельно или с поддержкой ☐ Уменьшение патологических движений ☐ Обеспечение опоры на конечности с правильным биомеханическим положением ☐ Возможность удерживать стабильность позы и равновесия (с меньшим отклонением корпуса) ☐ Снижение болевого синдрома

31.3. Реабилитационный прогноз получателя услуги в целях оказания услуги по слухопротезированию

Возможность восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида)	Возможность компенсации или формирования нарушенных (отсутствовавших) функций организма инвалида (ребенка-инвалида)
Возможность восстановления или формирования способности к ориентации: ☐ полностью ☐ частично	☐ Возможность адекватного восприятия окружающей обстановки, оценки и контроля ситуаций, возникающих в процессе бытовой, социальной и трудовой деятельности
Возможность восстановления или формирования способности к общению: ☐ полностью ☐ частично	☐ Увеличение темпа и объема получения и передачи слухоречевой информации ☐ Снижение необходимости использования невербальных способов общения и услуг по переводу русского жестового языка

32. Временные противопоказания к протезированию, ортезированию, слухопротезированию (нужное подчеркнуть):

(вписываются при наличии)

33. Мероприятия по подготовке к протезированию, ортезированию

33.1. Состав мероприятий по подготовке к протезированию/ортезированию

- | | |
|--|---|
| ☐ Профилактика гиподинамии, повышение общего тонуса организма | ☐ Повышение силовой выносливости мышц корсета, тазового и плечевого пояса, сохранившейся и усеченной конечностей |
|--|---|
-

- | | |
|---|---|
| ☐ Улучшение крово- и лимфообращения усеченной конечности | ☐ Профилактика (лечение) контрактур и тугоподвижности в суставах усеченной и контрлатеральной конечности |
| ☐ Профилактика (коррекция) сколиотической установки позвоночника | ☐ Коррекция болевого синдрома |
| ☐ Коррекция избыточного веса | ☐ Обучение уходу за культей |
| ☐ Обучение перемещению на костылях | ☐ Коррекция психоэмоционального состояния |
| ☐ Обучение пользованию креслом-коляской | |
| ☐ Другое _____ | |

33.2. Содержание и объем мероприятий по подготовке к протезированию, ортезированию

34. Необходимость в дополнительных медицинских услугах при подготовке к протезированию, ортезированию:

- ☐ не имеется ☐ имеется - указать, какие:
-

35. Мероприятия по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию протезно-ортопедическими изделиями (далее - ПОИ):

35.1. Мероприятия по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию протезом (ортезом) нижней конечности

35.1.1. Состав мероприятий по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию протезом (ортезом) нижней конечности:

- | | |
|---|---|
| ☐ обучение навыкам надевания (снятия) протеза (ортеза) | ☐ формирование стереотипа движений |
| ☐ присаживание на стул и вставание | ☐ выработка навыков симметричной и ритмичной (сложно координированной) ходьбы на протезе (ортезе) (при первичном протезировании) |
| ☐ стояние | ☐ коррекция патологического стереотипа ходьбы при повторном протезировании |

- | | |
|---|---|
| ☐ обучение управлению центром масс и выполнению элементов ходьбы | ☐ подбор индивидуального режима пользования протезом (ортезом) |
| ☐ ходьба в брусках по ровной поверхности, по лестнице и наклонной плоскости, по различным поверхностям | ☐ обучение уходу за протезом (ортезом) |
| ☐ передвижение с дополнительной опорой | ☐ обучение безопасному падению, вставанию |
| ☐ другое _____ | |

35.1.2. Содержание и объем мероприятий по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию протезом (ортезом) нижней конечности

35.2. Мероприятия по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию протезом (ортезом) верхней конечности

35.2.1. Состав мероприятий по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию протезом (ортезом) верхней конечности

- | | |
|--|---|
| ☐ обучение навыкам надевания (снятия) протеза (ортеза) | ☐ формирование навыков самообслуживания |
| ☐ формирование двигательных стереотипов | ☐ обучение уходу за протезом (ортезом) |
| ☐ освоение различных видов схватов и манипулирования предметами | ☐ подбор индивидуального режима пользования протезом (ортезом) |
| другое _____ | |

35.2.2. Содержание и объем мероприятий по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию

протезом (ортезом) верхней конечности

35.3. Содержание и объем мероприятий по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию другими видами протезов (ортезов)

- | | |
|---|---|
| ☐ обучение навыкам надевания (снятия) протеза (ортеза) | ☐ обучение уходу за протезом (ортезом) |
| ☐ другое _____ | ☐ подбор индивидуального режима пользования протезом (ортезом) |

35.4. Состав мероприятий по обучению получателя услуг безопасному и эффективному пользованию слухопротезного комплекта

- | | |
|--|---|
| ☐ обучение размещению на теле человека в зависимости от вида аппарата | ☐ проведение инструктажа по адаптации к слуховому аппарату и развитию слухового восприятия |
| ☐ обучение использованию слухового аппарата при речевых нагрузках в различных акустических ситуациях и различных режимах эксплуатации | ☐ консультирование по использованию аксессуаров, расширяющих возможности слуховых аппаратов |
| ☐ обучение принципам гигиенического ухода за наружным слуховым проходом, слуховым аппаратом, ушным вкладышем | ☐ консультирование по использованию вспомогательных устройств и систем, дополняющих применяемый слуховой аппарат |

☐ другое _____

36. Тип и конструкция протеза, ортеза, слухопротезного комплекта (нужное подчеркнуть), рекомендованный получателю услуги: _____

37. Индивидуальный план реализации мероприятий в рамках оказания услуг по протезированию, ортезированию, слухопротезированию получателю услуг и его фактическое исполнение

Индивидуальный план реализации мероприятий в рамках оказания услуги			Результат исполнения индивидуального плана реализации мероприятий в рамках оказания услуги		
Наименование услуги	Наименование мероприятий, входящих в состав услуги	Рекомендуемое количество мероприятий, входящих в состав услуги	Мероприятия, входящие в состав услуги		Причины нереализации мероприятий, входящих в состав услуги
			Реализованы в полном объеме	Не реализованы	
Услуга по протезированию инвалидов (детей-инвалидов)	Психологическая помощь в процессе протезирования (при глазном протезировании, протезировании поврежденных (утраченных) сегментов головы)				
	Подготовка к протезированию				
	Производство (изготовление) или подбор протеза (глазного, экзопротеза молочной железы)				
	Подгонка (настройка) протеза				
	Обучение инвалида безопасному и эффективному пользованию протеза				
	Техническое обслуживание, ремонт протеза				

Услуга по ортезированию инвалидов (детей-инвалидов)	Подготовка к ортезированию				
	Психологическая помощь в процессе ортезирования				
	Производство (изготовление) ПОИ				
	Подгонка (настройка) ПОИ				
	Обучение инвалида безопасному и эффективному пользованию ПОИ				
	Техническое обслуживание, ремонт, замена ПОИ				
	Сопровождение в процессе пользования ортезом				
Услуга по слухопротезированию	Оценка состояния органа слуха и слуховой функции для определения временных противопоказаний к использованию слухопротезного комплекта				
	Подбор слухового аппарата				
	Снятие слепков для изготовления ушных вкладышей, изготовление ушных вкладышей				
	Настройка слухопротезного комплекта контроль эксплуатации слухопротезного комплекта, валидация эффективности применения слухопротезного комплекта				
	Обучение пользованию слухопротезным комплектом				
	Психологическая помощь в процессе слухопротезирования				
	Сопровождение в процессе пользования слуховым аппаратом				

38. Дневники специалистов междисциплинарной команды (заполняются после проведения каждого мероприятия, входящего в состав услуги)

N п/п	Дата и время реализации мероприятия	Наименование мероприятия, входящего в состав услуги	Результат исполнения мероприятия, входящего в состав услуги	Исполнитель

VI. Заключение о реализации мероприятий в рамках оказания услуги

39. Результаты оценки реабилитационной эффективности:

39.1 Результаты оценки реабилитационной эффективности протезирования верхней конечности			
Результаты оценки восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности получателя услуги	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	Результат оценки степени соответствия реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия
Способность к самообслуживанию восстановлена или сформирована ☐ полностью ☐ частично	Возможность выполнять заданные функции: Раскрытие (закрытие) искусственной кисти: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Выполнение цилиндрического схвата: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Выполнение шарового схвата: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Выполнение щипкового схвата: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Выполнение плоскостного схвата: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Удержание предметов: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Перенос груза: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	
	Степень компенсации косметического дефекта верхней конечности: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто		
39.2 Результаты оценки реабилитационной эффективности протезирования нижней конечности			
Результаты оценки восстановления или формирования основных	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности	Результат оценки степени соответствия	Причины несоответствия

категорий жизнедеятельности получателя услуги	получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	реабилитационному прогнозу	
Способность к самостоятельному передвижению восстановлена или сформирована ☐ полностью ☐ частично	Возможность находиться в основных положениях: Сидение: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Стояние: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Присаживание: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Вставание: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Наклоны туловища: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Возможность ходьбы по разным поверхностям: По ровной поверхности: ☐ с опорой на костыль ☐ с опорой на трость ☐ без опоры ☐ не достигнуто По пересеченной поверхности: ☐ с опорой на костыль ☐ с опорой на трость ☐ без опоры ☐ не достигнуто По наклонной поверхности: ☐ с опорой на костыль ☐ с опорой на трость ☐ без опоры ☐ не достигнуто По лестнице: ☐ с опорой на костыль ☐ с опорой на трость ☐ без опоры ☐ не достигнуто Возможность перемещения приставным шагом: ☐ достигнуто полностью или частично ☐ не достигнуто Влияние протеза на культю:	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	

	☐ возникли осложнения и болезни культи ☐ нет осложнений Устойчивость системы "человек-протез": ☐ устойчива ☐ не устойчива		
	Степень компенсации косметического дефекта нижней конечности: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто		

39.2(1). Результаты оценки реабилитационной эффективности глазного протезирования:

Результаты оценки восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности получателя услуги	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	Результат оценки степени соответствия реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия
Возможность восстановления или формирования способности к общению: ☐ полностью ☐ частично	Степень компенсации косметического дефекта: ☐ полностью достигнуто ☐ не достигнуто	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	

39.2(2). Результаты оценки реабилитационной эффективности протезирования поврежденных (утраченных) сегментов головы:

Результаты оценки восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности получателя услуги	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	Результат оценки степени соответствия реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия
Возможность восстановления или формирования способности к общению: ☐ полностью ☐ частично	Снижение необходимости использования невербальных способов общения: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	
	Степень компенсации косметического дефекта: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	

39.2(3). Результаты оценки реабилитационной эффективности протезирования экзопротезом молочной железы:

Результаты оценки восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности получателя услуги	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	Результат оценки степени соответствия реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия

Возможность восстановления или формирования способности к самостоятельному передвижению: ☐ полностью ☐ частично	Уменьшение искривления позвоночника и нарушений конфигурации туловища: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто Возможность удерживать стабильность позы и равновесия (с меньшим отклонением корпуса): ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	
	Степень компенсации косметического дефекта: ☐ полностью или частично ☐ не достигнуто	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	

39.3. Результаты оценки реабилитационной эффективности ортезирования (в зависимости от вида ортеза)

Результаты оценки восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности получателя услуги	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	Результат оценки степени соответствия реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия
Способность к самообслуживанию восстановлена или сформирована: ☐ полностью ☐ частично	☐ Реализована возможность выполнения различных бытовых навыков ☐ Уменьшены патологические движения верхних конечностей ☐ Динамика отсутствует, цели не достигнуты	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	
Способность к самостоятельному передвижению восстановлена или сформирована: ☐ полностью ☐ частично	☐ Улучшена опороспособность нижней конечности ☐ Уменьшены искривление позвоночника и нарушения конфигурации туловища ☐ Реализована возможность удерживать вертикальное положение самостоятельно или с поддержкой ☐ Уменьшены патологические движения нижних конечностей ☐ Обеспечена опора на конечности с правильным биомеханическим положением ☐ Реализована возможность удерживать стабильность позы и равновесия (с меньшим отклонением корпуса) ☐ Снижен болевой синдром ☐ Динамика отсутствует, цели не достигнуты	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	

39.4. Результаты оценки реабилитационной эффективности слухопротезирования

Результаты оценки восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности получателя услуги	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	Результат оценки степени соответствия реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия
Способность к ориентации восстановлена или сформирована: ☐ полностью ☐ частично	☐ Адекватно ориентируется в пространстве ☐ Имеются затруднения при ориентации в пространстве ☐ Динамика отсутствует, цели не достигнуты	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	
Способность к общению восстановлена или сформирована: ☐ полностью ☐ частично	☐ Получает и передает слухоречевую информацию с увеличенным (в сравнении с исходными) темпом и объемом ☐ Снижена необходимость использования невербальных способов общения и услуг по переводу русского жестового языка ☐ Динамика отсутствует, цели не достигнуты	☐ Соответствует ☐ Не соответствует	

40. Результаты оценки реализации услуги:

- 40.1. ☐ реабилитационный эффект достигнут (имеется положительная динамика, цели реабилитации достигнуты)
- 40.2. ☐ реабилитационный эффект достигнут частично (имеется незначительная динамика, не все цели реабилитации достигнуты)
- 40.3. ☐ реабилитационный эффект не достигнут (динамика отсутствует, цели реабилитации не достигнуты)

Члены междисциплинарной команды специалистов:

_____	_____	_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись
_____	_____	_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись
_____	_____	_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись

VII. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов получателю услуги (законному (уполномоченному) представителю) по дальнейшей организации процесса реабилитации и абилитации и маршрутизации получателя услуги

41. Рекомендовано:

☐ динамическое наблюдение (обращение в организацию посредством телефонной связи (при отсутствии проблем с использованием ПОИ) или лично через каждые три месяца в первый год обслуживания и раз в полгода в последующие годы использования ПОИ)

- ☐ необходимость замены узлов протезов по мере изменения параметров кульги
- ☐ соблюдение индивидуального режима пользования протезом нижней конечности:
- ☐ передвижение по квартире в рамках бытовых нужд
 - ☐ возможна медленная ходьба (со скоростью не более 1,5 км/ч) за пределами квартиры длительностью не более 2 ч.
 - ☐ возможна активная ходьба вне помещения со скоростью 2,5 - 3 км/ч.
 - ☐ использование дополнительных средств опоры при ходьбе
- ☐ соблюдение правил ухода за протезом и культей
- ☐ продолжение выполнения разученных физических упражнений в домашних условиях
- ☐ продолжение отработки бытовых навыков в домашних условиях
- ☐ регулярное использование слухопротезного комплекта в соответствии с инструкцией
- ☐ иные рекомендации (указать)

Руководитель организации или
уполномоченное должностное лицо

(подпись)

(инициалы,
фамилия)

" ____ " ____ 20 ____ г.
(число, месяц, год)

Приложение
к карте реализации
мероприятий и оказания
услуг по протезно-ортопедической
помощи инвалидам (протезированию,
ортезированию, слухопротезированию),
утвержденной приказом Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. N 445н

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минтруда России от 03.09.2026 N 407н)

(наименование организации, оказывающей протезно-ортопедическую помощь инвалидам (протезирование,
ортезирование, слухопротезирование (нужное подчеркнуть)

Выписка
из карты реализации мероприятий и оказания услуг по протезно-ортопедической помощи инвалидам
(протезирование, ортезирование, слухопротезирование)

Выдана получателю услуг по протезно-ортопедической помощи инвалидам (протезирование, ортезирование, слухопротезирование) (далее - услуги, получатель услуги)

фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида (ребенка-инвалида)

Дата рождения: число __ месяц _____ год ____

Целевая реабилитационная группа: _____

(указывается наименование одной или нескольких (при наличии) целевых реабилитационных групп)

Цели оказания услуг при поступлении получателя услуг в организацию, оказывающую протезно-ортопедическую помощь инвалидам (протезирование, ортезирование, слухопротезирование (нужное подчеркнуть):

Услуги оказаны в период с _____

по _____

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

в полустационарной, стационарной форме, амбулаторно (нужное подчеркнуть)

Индивидуальный план реализации мероприятий в рамках оказания услуг по протезированию, ортезированию, слухопротезированию (нужное подчеркнуть) получателю услуги исполнен

☐ полностью ☐ частично

Перечень реализованных мероприятий, входящих в состав услуги, согласно стандарту оказания услуг: _____

Причины неисполнения индивидуального плана реализации мероприятий в рамках оказания услуг по протезированию, ортезированию, слухопротезированию (нужное подчеркнуть) получателя услуг (указать):

Результаты оценки реализации услуги по протезированию, ортезированию, слухопротезированию (нужное подчеркнуть) получателя услуг: _____

Рекомендации междисциплинарной команды специалистов:

☐ динамическое наблюдение (обращение в организацию посредством телефонной связи (при отсутствии проблем с использованием протезно-ортопедического изделия (далее - ПОИ) или лично через каждые три месяца в первый год обслуживания и раз в полгода в последующие годы использования ПОИ)

☐ необходимость замены узлов протезов по мере изменения параметров культы

☐ соблюдение индивидуального режима пользования протезом нижней конечности:

☐ передвижение по квартире в рамках бытовых нужд

☐ возможна медленная ходьба (со скоростью не более 1,5 км/ч) за пределами квартиры
длительностью не более 2 ч.

☐ возможна активная ходьба вне помещения со скоростью 2,5 - 3 км/ч

☐ использование дополнительных средств опоры при ходьбе

☐ соблюдение правил ухода за протезом и культей

☐ продолжение выполнения разученных физических упражнений в домашних условиях

☐ продолжение отработки бытовых навыков в домашних условиях

☐ регулярное использование слухопротезного комплекта в соответствии с инструкцией

☐ иные рекомендации (указать):

Руководитель организации
или уполномоченное должностное лицо
(руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды организации)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

" " 20 г.

(число, месяц, год)

МП
