



**КонсультантПлюс**

Приказ Минтруда России от 02.09.2024 N 445н  
(ред. от 22.12.2025)

"Об утверждении унифицированных форм  
документации при оказании услуг по  
отдельным основным направлениям  
комплексной реабилитации и абилитации  
инвалидов"

(Зарегистрировано в Минюсте России  
27.11.2024 N 80349)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

[www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 12.02.2026

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. [Приказа](#) Минтруда России от 22.12.2025 N 726н)

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-и нвалида)	Дата рожде ния (число, месяц, год)	Пол (му жской, же нский)	Гра жда нство	Адрес места жительства		Номер и дата индивидуаль ной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-и нвалида) (далее - ИПРА)	Срок оконча ния дей ствия ИПРА
						место пребывания (место фактиче ского прожива ния)	адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Группа инвалидно сти или категория "ребенок-и нвалид"	Целевая реабилита ционная группа (код)	Страховой номер индивидуаль ного 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	Период, за который фактически реализованы мероприятия и оказаны услуги (количество дней)
	дата начала	дата окончания		

			нужное)	
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		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-психологическая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-бытовая реабилитация и абилитация		

<input type="checkbox"/> нуждается		
Профессиональная ориентация		
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Социально-бытовой статус	
<input type="checkbox"/> Социально-средовой статус	
<input type="checkbox"/> Социально-педагогический статус	

<input type="checkbox"/> Социально-психологический статус	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Услуга по социально-бытовой реабилитации и	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				

	абилитации	Практические занятия				
	Итого по услуге					
	<input type="checkbox"/> Услуга по социально-средовой реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	<input type="checkbox"/> Услуга по социально-педагогической реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	<input type="checkbox"/> Услуга по социально-психологической реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
		Тренинги				
		Просвещение				
		Итого по услуге				
Профессиональная реабилитация и абилитация	<input type="checkbox"/> Услуга по профессио	Профориентационная диагностика				

	нальной ориентации	Профориента ционное информирова ние				
		Профориента ционное консультирова ние				
		Профориента ционная коррекция				
		Профессиональ ный отбор				
		Профессиональ ный подбор				
	Итого по услуге					

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

N п/п	Дата и время реализа ции меро приятия	Наиме нование мероприя тий, входя щих в состав услуги	Получатель услуги		Формат реализа ции		Цель меро прия тия, входя щего в состав услуги	Ме тоды или програ ммы	Обор удова ние	Дина миче ские изме не ния
			инва лид (ребе нок-и нва лид)	законный (уполномо ченный) представи тель	гру ппо вая	инд иви ду аль ная				

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	Реабилитацион ный эффект (%, оценка)
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-средовой реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-педагогической реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-психологической реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> 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)

#### Выписка

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

Приложение N 3  
к приказу Министерства труда  
и социальной защиты  
Российской Федерации  
от 2 сентября 2024 г. N 445н

Форма

---

(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 оказании услуг по ранней помощи детям и их семьям (далее соответственно - мероприятия и услуги, получатели услуг)	Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка	Дата рожде ния ребенка (число, месяц, год)	Пол ребе нка (му жской, же нский)	Гра жда нство ребе нка	Адрес места жительства ребенка		Наименова ние и реквизиты документа, удостоверяю щего личность ребенка	Страхо вой номер инди видуаль ного 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 "ребен ок-инва лид" (указывае тся: устано влена или не установле на)	Катего рии полу чателей услуг по ранней помощи	Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоче нного) представи теля ребенка	Наименование и реквизиты документа, удостоверяю щего личность законного (уполномоче нного) представителя	Наименование и реквизиты документа, подтверждаю щего полномочия законного (уполномоче нного) 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
							<input type="checkbox"/> наличие технического обеспечения

							<div><div></div> владение</div> 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

			<input type="checkbox"/> получатель услуги отказался от реализации (оказания) того или иного вида, формы и объема мероприятий и услуг <input type="checkbox"/> получатель услуги отказался от реализации мероприятий и оказания услуг в целом <input type="checkbox"/> иные причины, указанные получателем услуги в заявлении об отказе от реализации мероприятий и оказания услуг	<input type="checkbox"/> переход ребенка в образовательную организацию <input type="checkbox"/> продолжение реализации мероприятий и оказания услуг <input type="checkbox"/> завершение реализации мероприятий и оказания услуг <input type="checkbox"/> 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):

	Показатели степени выраженности затруднений активности и участия ребенка				
Области жизнедеятельности	Нет затрудне ний	Легкие затрудне ния	Умерен ные затрудне ния	Тяжелые затрудне ния	Абсолютные затрудне ния

	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:

N п/п	Наименование мероприятия/у слуги	Срок реализа ции/оказа ния	Количество реализован ных мероприя тий и оказанных услуг	Форма предоставления				Исполнитель (должность, подпись)
				Инди виду ально	В гру ппе	Оч но	Ди ста нци онн о	

24. Данные о результатах проведения промежуточной оценки реализации ИПРП:

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

N п/п	Область жизнедеят ельности	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): \_\_\_\_\_

VI. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов для получателя услуг

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.		
-----		
<p>&lt;1&gt; <a href="#">Статья 9.3</a> Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".</p> <p>&lt;2&gt; <a href="#">Примерные требования</a> к организации и осуществлению ранней помощи детям и их семьям, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 16 августа 2024 г. N 1099.</p>		
<p>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</p> <p>Форма</p>		
<p>План работы по предоставлению консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям без разработки индивидуальной программы ранней помощи</p>		
<p>Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: _____</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя или законного (уполномоченного) представителя: _____</p> <p>_____</p>		

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

N п/п	Наименование услуги	Срок оказания услуги	Количество оказанных услуг	Форма оказания услуги				Исполнитель
				Инди ви дуа льно	В гру ппе	Очн о	Ди ста нци онно	

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.

Приложение N 2  
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

---

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

Индивидуальная программа ранней помощи  
N \_\_\_\_\_

(составляется в двух экземплярах, один из которых выдается получателю услуг по  
ранней помощи детям и их семьям)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения: день \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ Возраст (количество полных  
лет): \_\_\_\_\_



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

Дата составления: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Период реализации: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Дата проведения промежуточной оценки реализации: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата проведения итоговой оценки реализации: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Цели реализации мероприятий и оказания услуг, указанных в индивидуальной программе ранней помощи (далее - ИПРП):

N п/п	Область жизнедеятельности	Цель для ребенка	Цель для семьи	Повседневные естественные жизненные ситуации	Отметка о достижении цели (выполнена, частично выполнена, не выполнена)

Индивидуальный план по исполнению мероприятий и услуг, указанных в ИПРП:

N 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	

						ЛН О			ОНН О	

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)

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): \_\_\_\_\_

### 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): \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_
- 17.3. Целевая реабилитационная группа (указать): \_\_\_\_\_
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: \_\_\_\_\_

## 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):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> осложнение облитерирующего заболевания артерий | <input type="checkbox"/> врожденная патология       |
| <input type="checkbox"/> осложнения сахарного диабета                   | <input type="checkbox"/> онкологическое заболевание |
| <input type="checkbox"/> травма   | <input type="checkbox"/> другое _____               |
| <input type="checkbox"/> минно-взрывная травма                          |   |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> врожденная патология центральной нервной системы | <input type="checkbox"/> последствия травмы конечностей и (или) скелета                                  |
| <input type="checkbox"/> недоразвитие верхней конечности                  | <input type="checkbox"/> последствия травмы спинного мозга   |
| <input type="checkbox"/> недоразвитие нижней конечности                   | <input type="checkbox"/> заболевание костно-мышечной системы   |
| <input type="checkbox"/> другое _____                                     | <input type="checkbox"/> последствия острого нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмы |
|   | <input type="checkbox"/> последствие онкозаболевания   |

24. Сопутствующая патология

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ишемическая болезнь сердца | <input type="checkbox"/> коксартроз и (или) гонартроз |
| <input type="checkbox"/> последствия инсульта       | <input type="checkbox"/> сахарный диабет              |
| <input type="checkbox"/> другое _____               | <input type="checkbox"/> артериальная гипертензия     |
|   | <input type="checkbox"/> почечная недостаточность     |

IV. Данные первичных осмотров специалистов

25. Осмотр врача-травматолога-ортопеда или врача-хирурга при оказании услуги по протезированию:

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

☐ резко коническая

коническая

☐ цилиндрическая

☐ булабовидная

☐ деформированный сегмент

☐ укорочение

Состояние кожных покровов \_\_\_\_\_

Чувствительность:

☐ сохранена

☐ отсутствует

Наличие рубцов:

☐ отсутствуют

☐ келоидный

☐ линейный

☐ обширный

Локализация рубца

☐ торец

☐ медиальная

☐ задняя

☐ передняя

боковая  
поверхность

поверхность

поверхность

☐ латеральная

боковая  
поверхность

Подвижность рубца:

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> спаян с костью | <input type="checkbox"/> спаян с мягкими тканями | <input type="checkbox"/> подвижный |
|---|--|------------------------------------|

Мягкие ткани:

- |                                    |                                    |                                     |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> дефицит   | <input type="checkbox"/> избыток   | <input type="checkbox"/> гипотрофия |
| <input type="checkbox"/> дряблость | <input type="checkbox"/> отечность | <input type="checkbox"/> атрофия    |

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

Кожных покровов и мягких тканей:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> незаживающие раны        | <input type="checkbox"/> лигатурные свищи | <input type="checkbox"/> болезненные рубцы |
| <input type="checkbox"/> нарушения трофики культи | <input type="checkbox"/> гиперкератоз     | <input type="checkbox"/> бурситы           |
|   |   | <input type="checkbox"/> инородные тела    |

Скелета:

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> подкожное выстояние костей | <input type="checkbox"/> экзостозы | <input type="checkbox"/> остеомиелит культи |
| <input type="checkbox"/> искривление оси костей     | <input type="checkbox"/> остеофиты |   |

Нервной ткани:

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> невропатии | <input type="checkbox"/> болезненные невromы | <input type="checkbox"/> фантомно-болевого синдром |
|-------------------------------------|--|--|

25.3. Характеристика сохраненных суставов:

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> контрактура | <input type="checkbox"/> нестабильность, боковая разболтанность | <input type="checkbox"/> деформирующий артроз суставов усеченной конечности |
|--------------------------------------|---|---|

☐ рекурвация, ☐ деформация  
боковые подвывихи мышечков

25.4. Заключение по функциональности культи:

☐ функциональная ☐  
нефункциональная

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

☐ асимметрия ☐ асимметрия ☐ нарушение осанки  
тазового пояса плечевого пояса

25.6. Состояние контралатеральной нижней конечности:

☐ опороспособная ☐ ☐ частично опороспособная  
наопороспособная

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

<input type="checkbox"/> коррекция патологических установок сегментов верхней (нижней) конечности	<input type="checkbox"/> фиксация, разгрузка суставов конечностей
<input type="checkbox"/> коррекция патологических установок позвоночника	<input type="checkbox"/> фиксация, разгрузка структур туловища
<input type="checkbox"/> активизация связанных с движением функций сегментов верхней (нижней) конечности	<input type="checkbox"/> 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) по MOBIS:

☐ низкий

☐ средний

☐ повышенный

☐ высокий

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)
Возможность восстановления или формирования способности к самообслуживанию:	Возможность выполнять заданные функции: <input type="checkbox"/> раскрытие (закрытие) искусственной кисти

<input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<p>Выполнение различных схватов:</p> <p><input type="checkbox"/> щипкового</p> <p><input type="checkbox"/> цилиндрического</p> <p><input type="checkbox"/> плоскостного</p> <p><input type="checkbox"/> шарового</p> <p><input type="checkbox"/> удержание предметов</p> <p><input type="checkbox"/> перенос груза</p>
<p>Возможность восстановления или формирования способности к самостоятельному передвижению:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично</p>	<p>Возможность находиться в основных положениях:</p> <p><input type="checkbox"/> сидение <input type="checkbox"/> стояние <input type="checkbox"/> присаживание <input type="checkbox"/> вставание</p> <p><input type="checkbox"/> наклоны туловища</p> <p>Возможность ходьбы по разным поверхностям:</p> <p><input type="checkbox"/> по ровной поверхности <input type="checkbox"/> по пересеченной поверхности</p> <p><input type="checkbox"/> по наклонной поверхности <input type="checkbox"/> по лестнице</p> <p>Возможность перемещения приставным шагом</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>Возможная степень компенсации косметических дефектов:</p> <p><input type="checkbox"/> полная <input type="checkbox"/> частичная</p>

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: <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<input type="checkbox"/> Возможность выполнения различных движений верхних конечностей при бытовых и трудовых действиях <input type="checkbox"/> Уменьшение патологических движений верхних конечностей
Возможность восстановления или формирования способности к самостоятельному передвижению: <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<input type="checkbox"/> Улучшение опороспособности нижней конечности <input type="checkbox"/> Уменьшение искривления позвоночника и нарушений конфигурации туловища <input type="checkbox"/> Возможность удерживать вертикальное положение самостоятельно или с поддержкой <input type="checkbox"/> Уменьшение патологических движений <input type="checkbox"/> Обеспечение опоры на конечности с правильным биомеханическим положением <input type="checkbox"/> Возможность удерживать стабильность позы и равновесия (с меньшим отклонением корпуса) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<input type="checkbox"/> Возможность адекватного восприятия окружающей обстановки, оценки и контроля ситуаций, возникающих в процессе бытовой, социальной и трудовой деятельности

Возможность восстановления или формирования способности к общению: <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<input type="checkbox"/> Увеличение темпа и объема получения и передачи слухоречевой информации <input type="checkbox"/> 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Профилактика гиподинамии, повышение общего тонуса организма | <input type="checkbox"/> Повышение силовой выносливости мышц корсета, тазового и плечевого пояса, сохранившейся и усеченной конечностей |
| <input type="checkbox"/> Улучшение крово- и лимфообращения усеченной конечности      | <input type="checkbox"/> Профилактика (лечение) контрактур и тугоподвижности в суставах усеченной и контрлатеральной конечности         |
- 
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Профилактика сколиотической (коррекция) установки позвоночника | <input type="checkbox"/> Коррекция болевого синдрома             |
| <input type="checkbox"/> Коррекция избыточного веса                                     | <input type="checkbox"/> Обучение уходу за культей               |
| <input type="checkbox"/> Обучение перемещению на костылях                               | <input type="checkbox"/> Коррекция психоэмоционального состояния |
| <input type="checkbox"/> 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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> обучение навыкам надевания (снятия) протеза (ортеза)                          | <input type="checkbox"/> формирование стереотипа движений   |
| <input type="checkbox"/> присаживание на стул и вставание  | <input type="checkbox"/> выработка навыков симметричной и ритмичной (сложно координированной) ходьбы на протезе (ортезе) (при первичном протезировании) |
| <input type="checkbox"/> стояние   | <input type="checkbox"/> коррекция патологического стереотипа ходьбы при повторном протезировании   |
| <input type="checkbox"/> обучение управлению центром масс и выполнению элементов ходьбы                | <input type="checkbox"/> подбор индивидуального режима пользования протезом (ортезом)   |
| <input type="checkbox"/> ходьба в брусках по ровной поверхности, по лестнице и наклонной плоскости, по | <input type="checkbox"/> обучение уходу за протезом (ортезом)   |

различным поверхностям

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> передвижение<br>дополнительной опорой | с <input type="checkbox"/> обучение безопасному<br>падению, вставанию |
| <input type="checkbox"/> 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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> обучение навыкам надевания<br>(снятия) протеза (ортеза)             | <input type="checkbox"/> формирование навыков<br>самообслуживания                        |
| <input type="checkbox"/> формирование двигательных<br>стереотипов                            | <input type="checkbox"/> обучение уходу за протезом<br>(ортезом)                         |
| <input type="checkbox"/> освоение различных видов<br>схватов и манипулирования<br>предметами | <input type="checkbox"/> подбор индивидуального режима<br>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 ортезов

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> обучение навыкам надевания<br>(снятия) ортеза | <input type="checkbox"/> обучение уходу за ортезом |
|--|--|

- ☐ другое \_\_\_\_\_
- ☐ подбор индивидуального режима пользования 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,	Мероприятия, входящие в состав услуги		Причины нереализации мероприятий, входящих в
			Реализо	Не	

		входящих в состав услуги	ваны в полном объеме	реализо ваны	состав услуги
<input type="checkbox"/> Услуга по протезирова нию инвалидов (детей-и нвалидов)	Подготовка к протезированию				
	Производство (изготовление) протеза				
	Подгонка (настройка) протеза				
	Обучение инвалида безопасному и эффективному пользованию протеза				
	Техническое обслуживание, ремонт протеза				
<input type="checkbox"/> Услуга по ортезировова нию инвалидов (детей-и нвалидов)	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				
<input type="checkbox"/> Услуга по слухопро- тезирова- нию	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 реабилитационный эффективности:

39.1 Результаты оценки реабилитационный 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 реабилитацион ному прогнозу	Причины несоответствия
Способность к самообслуживанию восстановлена или сформирована <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	Возможность выполнять заданные функции: Раскрытие (закрытие) искусственной кисти: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто Выполнение цилиндрического схвата: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто Выполнение шарового схвата: <input type="checkbox"/> полностью или частично	<input type="checkbox"/> Соответствует <input type="checkbox"/> Не соответствует	



	<input type="checkbox"/> не достигнуто Выполнение щипкового схвата: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто Выполнение плоскостного схвата: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто Удержание предметов: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто Перенос груза: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто		
	Степень компенсация косметического дефекта верхней конечности: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто		
<b>39.2 Результаты оценки реабилитационный эффективности протезирования нижней конечности</b>			
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 самостоятельному передвижению восстановлена или сформирована	Возможность находиться в основных положениях: Сидение: <input type="checkbox"/> полностью или частично	<input type="checkbox"/> Соответствует <input type="checkbox"/> Не соответствует	

<input type="checkbox"/> полностью	<input type="checkbox"/> не достигнуто			
<input type="checkbox"/> частично	Стояние:			
	<input type="checkbox"/> полностью или частично			
	<input type="checkbox"/> не достигнуто			
	Присаживание:			
	<input type="checkbox"/> полностью или частично			
	<input type="checkbox"/> не достигнуто			
	Вставание:			
	<input type="checkbox"/> полностью или частично			
	<input type="checkbox"/> не достигнуто			
	Наклоны туловища:			
	<input type="checkbox"/> полностью или частично			
	<input type="checkbox"/> не достигнуто			
	Возможность ходьбы по разным поверхностям:			
	По ровной поверхности:			
	<input type="checkbox"/> с опорой на костыль			
	<input type="checkbox"/> с опорой на трость			
	<input type="checkbox"/> без опоры			
	<input type="checkbox"/> не достигнуто			
	По пересеченной поверхности:			
	<input type="checkbox"/> с опорой на костыль			
	<input type="checkbox"/> с опорой на трость			
	<input type="checkbox"/> без опоры			
	<input type="checkbox"/> не достигнуто			
	По наклонной поверхности:			
	<input type="checkbox"/> с опорой на костыль			
	<input type="checkbox"/> с опорой на трость			
	<input type="checkbox"/> без опоры			

	<input type="checkbox"/> не достигнуто По лестнице: <input type="checkbox"/> с опорой на костыль <input type="checkbox"/> с опорой на трость <input type="checkbox"/> без опоры <input type="checkbox"/> не достигнуто Возможность перемещения приставным шагом: <input type="checkbox"/> достигнуто полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто Влияние протеза на культю: <input type="checkbox"/> возникли осложнения и болезни культи <input type="checkbox"/> нет осложнений Устойчивость системы "человек-протез": <input type="checkbox"/> устойчива <input type="checkbox"/> не устойчива		
	Степень компенсации косметического дефекта нижней конечности: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто		

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

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

получателя услуги	жизнедеятельности		
<p>Способность к самообслуживанию восстановлена или сформирована:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью</p> <p><input type="checkbox"/> частично</p>	<p><input type="checkbox"/> Реализована возможность выполнения различных бытовых навыков</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшены патологические движения верхних конечностей</p> <p><input type="checkbox"/> Динамика отсутствует, цели не достигнуты</p>	<p><input type="checkbox"/> Соответствует</p> <p><input type="checkbox"/> Не соответствует</p>	
<p>Способность к самостоятельному передвижению восстановлена или сформирована:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью</p> <p><input type="checkbox"/> частично</p>	<p><input type="checkbox"/> Улучшена опороспособность нижней конечности</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшены искривление позвоночника и нарушения конфигурации туловища</p> <p><input type="checkbox"/> Реализована возможность удерживать вертикальное положение самостоятельно или с поддержкой</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшены патологические движения нижних конечностей</p> <p><input type="checkbox"/> Обеспечена опора на конечности с правильным биомеханическим положением</p> <p><input type="checkbox"/> Реализована возможность удерживать стабильность позы и равновесия (с меньшим отклонением корпуса)</p> <p><input type="checkbox"/> Снижен болевой синдром</p> <p><input type="checkbox"/> Динамика отсутствует, цели не достигнуты</p>	<p><input type="checkbox"/> Соответствует</p> <p><input type="checkbox"/> Не соответствует</p>	

39.4. Результаты оценки реабилитационный 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: <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<input type="checkbox"/> Адекватно ориентируется в пространстве <input type="checkbox"/> Имеются затруднения при ориентации в пространстве <input type="checkbox"/> Динамика отсутствует, цели не достигнуты	<input type="checkbox"/> Соответствует <input type="checkbox"/> Не соответствует	
Способность к общению восстановлена или сформирована: <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<input type="checkbox"/> Получает и передает слухоречевую информацию с увеличенным (в сравнении с исходными) темпом и объемом <input type="checkbox"/> Снижена необходимость использования невербальных способов общения и услуг по переводу русского жестового языка <input type="checkbox"/> Динамика отсутствует, цели не достигнуты	<input type="checkbox"/> Соответствует <input type="checkbox"/> 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 культи

☐ 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

---

(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 (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 услуги: \_\_\_\_\_

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 культи

☐ 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

---