

Приложение № 5
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. № 445н

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)

№ _____

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: № _____ дата _____
(число, месяц, год)

Форма оказания услуги:

 стационарная полустанционарная

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 Федерации5.2. гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации5.3. 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 _____ № _____ 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 _____ № _____ кем выдан _____
когда выдан _____
14. Документ, подтверждающий полномочия законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
серия _____ № _____ 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 и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПРА):
- 18.1. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) разработана на срок до: _____
- 18.2. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) № _____
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:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> умеренно
коническая | <input type="checkbox"/> коническая | <input type="checkbox"/> резко коническая |
| <input type="checkbox"/> цилиндрическая | <input type="checkbox"/> булавовидная | <input type="checkbox"/> деформированный сегмент |
| | | <input type="checkbox"/> укорочение |

Состояние кожных покровов _____

Чувствительность:

- сохранена отсутствует

Наличие рубцов:

- отсутствуют келоидный линейный обширный

Локализация рубца

- | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> торец | <input type="checkbox"/> медиальная боковая
поверхность | <input type="checkbox"/> задняя
поверхность | <input type="checkbox"/> передняя поверхность |
| | <input type="checkbox"/> латеральная боковая
поверхность | | |

Подвижность рубца:

- спаян с костью спаян с мягкими
тканями 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
трофии 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
невромы | <input type="checkbox"/> фантомно-болевой синдром |
|-------------------------------------|---|---|

25.3. Характеристика сохранных суставов:

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

25.4. Заключение по функциональности культи:

- функциональная нефункциональная

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> асимметрия тазового пояса | <input type="checkbox"/> асимметрия плечевого пояса | <input type="checkbox"/> нарушение осанки |
|--|---|---|

25.6. Состояние контралатеральной нижней конечности:

- опороспособная наопороспособная частично опороспособная

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 оказания 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:

Слева _____ Справа _____

Верхней конечности:

Слева _____ Справа _____

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

Нижней конечности:

Слева _____ Справа _____

Верхней конечности:

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

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 усечённой конечностей |
| <input type="checkbox"/> Улучшение крово- и лимфообращения | |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> усечённой конечности
<input type="checkbox"/> Профилактика (коррекция) сколиотической установки позвоночника
<input type="checkbox"/> Коррекция избыточного веса
<input type="checkbox"/> Обучение перемещению на костылях
<input type="checkbox"/> Обучение пользованию креслом-коляской
<input type="checkbox"/> Другое _____ | <input type="checkbox"/> Профилактика (лечение) контрактур и тугоподвижности в суставах усечённой и контролateralной конечности
<input type="checkbox"/> Коррекция болевого синдрома
<input type="checkbox"/> Обучение уходу за культей
<input type="checkbox"/> Коррекция психоэмоционального состояния |
|---|---|

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"/> присаживание на стул и вставание
<input type="checkbox"/> стояние
<input type="checkbox"/> обучение управлению центром масс и выполнению элементов ходьбы
<input type="checkbox"/> ходьба в брусьях по ровной поверхности, по лестнице и наклонной плоскости, по различным поверхностям
<input type="checkbox"/> передвижение с дополнительной опорой
<input type="checkbox"/> другое _____ | <input type="checkbox"/> формирование стереотипа движений
<input type="checkbox"/> выработка навыков симметричной и ритмичной (сложно координированной) ходьбы на протезе (ортезе) (при первичном протезировании)
<input type="checkbox"/> коррекция патологического стереотипа ходьбы при повторном протезировании
<input type="checkbox"/> подбор индивидуального режима пользования протезом (ортезом)
<input type="checkbox"/> обучение уходу за протезом (ортезом)
<input type="checkbox"/> обучение безопасному падению, вставанию |
|--|---|

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

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

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

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	
<input type="checkbox"/> Услуга по протезированию инвалидов (детей-инвалидов)	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 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				
<input type="checkbox"/> 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)

№ 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 реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия
<p>Способность к самообслуживанию восстановлена или сформирована</p> <input checked="" type="checkbox"/> полностью <input checked="" type="checkbox"/> частично	<p>Возможность выполнять заданные функции:</p> <p>Раскрытие (закрытие) искусственной кисти:</p> <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто	<input type="checkbox"/> Соответствует <input type="checkbox"/> Не соответствует	

	<p>Удержание предметов:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Перенос груза:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p>		
	<p>Степень компенсации косметического дефекта верхней конечности:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p>		

39.2 Результаты оценки реабилитационный эффективности протезирования нижней 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
<p>Способность к самостоятельному передвижению восстановлена или сформирована</p> <p><input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично</p>	<p>Возможность находиться в основных положениях:</p> <p>Сидение:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Стояние:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Присаживание:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Вставание:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Наклоны туловища:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Возможность ходьбы по разным поверхностям:</p> <p>По ровной поверхности:</p> <p><input type="checkbox"/> с опорой на костьль <input type="checkbox"/> с опорой на трость <input type="checkbox"/> без опоры <input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>По пересеченной поверхности:</p> <p><input type="checkbox"/> с опорой на костьль</p>	<p><input type="checkbox"/> Соответствует <input type="checkbox"/> Не соответствует</p>	

	<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 культи: <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 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: <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	<input type="checkbox"/> Реализована возможность выполнения различных бытовых навыков <input type="checkbox"/> Уменьшены патологические движения верхних конечностей <input type="checkbox"/> Динамика отсутствует, цели не	<input type="checkbox"/> Соответствует <input type="checkbox"/> Не соответствует	

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

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Не соответствует	
Способность к общению восстановлена или сформирована: <input type="checkbox"/> полностью <input checked="" 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 checked="" 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 культуей
- 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) _____
(ионициалы, 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. № 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 полустанционарной, 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 культи
 - 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