

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

☐ 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 _____ № _____ 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:

- ☐ умеренно коническая ☐ коническая ☐ резко коническая
☐ цилиндрическая ☐ булавовидная ☐ деформированный сегмент
☐ укорочение

Состояние кожных покровов _____

Чувствительность:

- ☐ сохранена ☐ отсутствует

Наличие рубцов:

- ☐ отсутствуют ☐ келоидный ☐ линейный ☐ обширный

Локализация рубца

- ☐ торец ☐ медиальная боковая поверхность ☐ задняя поверхность ☐ передняя поверхность
☐ латеральная боковая поверхность

Подвижность рубца:

- ☐ спаян с костью ☐ спаян с мягкими тканями ☐ подвижный

Мягкие ткани:

- ☐ дефицит ☐ избыток ☐ гипотрофия
☐ дряблость ☐ отечность ☐ атрофия

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

Кожных покровов и мягких тканей:

- ☐ незаживающие раны ☐ лигатурные свищи ☐ болезненные рубцы
☐ нарушения трофики культи ☐ гиперкератоз ☐ бурситы
☐ инородные тела

Скелета:

- ☐ подкожное выстояние костей ☐ экзостозы ☐ остеомиелит культи
☐ искривление оси костей ☐ остеофиты

Нервной ткани:

- ☐ невропатии ☐ болезненные невromы ☐ фантомно-болевого синдром

25.3. Характеристика сохраненных суставов:

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

25.4. Заключение по функциональности культи:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> функциональная | <input type="checkbox"/> нефункциональная |
|---|---|

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

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

25.6. Состояние контралатеральной нижней конечности:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> опороспособная | <input type="checkbox"/> наопороспособная | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> фиксация, разгрузка суставов конечностей |
| верхней (нижней) конечности | <input type="checkbox"/> фиксация, разгрузка структур туловища |
| <input type="checkbox"/> коррекция патологических установок | <input type="checkbox"/> другое _____ |
| позвоночника | |
| <input type="checkbox"/> активизация связанных с движением функций | |
| сегментов верхней (нижней) конечности | |

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)
<p>Возможность восстановления или формирования способности к самообслуживанию:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично</p>	<p>Возможность выполнять заданные функции:</p> <p><input type="checkbox"/> раскрытие (закрытие) искусственной кисти</p> <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 <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 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 контрлатеральной 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 брусках 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)
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"/> обучение уходу за ортезом |
| <input type="checkbox"/> другое _____ | <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"/> проведение инструктажа по адаптации к слуховому аппарату и развитию слухового восприятия |
| <input type="checkbox"/> обучение использованию слухового аппарата при речевых нагрузках в различных акустических ситуациях и различных режимах эксплуатации | <input type="checkbox"/> консультирование по использованию аксессуаров, расширяющих возможности слуховых аппаратов |
| <input type="checkbox"/> обучение принципам гигиенического ухода за наружным слуховым проходом, слуховым аппаратом, ушным вкладышем | <input type="checkbox"/> консультирование по использованию вспомогательных устройств и систем, дополняющих применяемый слуховой аппарат |
| <input type="checkbox"/> другое _____ | |

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

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

Индивидуальный план реализации мероприятий в рамках оказания услуги			Результат исполнения индивидуального плана реализации мероприятий в рамках оказания услуги		
Наименование услуги	Наименование мероприятий, входящих в состав услуги	Рекомендуемое количество мероприятий, входящих в состав услуги	Мероприятия, входящие в состав услуги		Причины нереализации мероприятий, входящих в состав услуги
			Реализованы в полном объеме	Не реализованы	
<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 реабилитационной эффективности:

39.1 Результаты оценки реабилитационной эффективности протезирования верхней конечности			
Результаты оценки восстановления или формирования основных категорий жизнедеятельности получателя услуги	Результаты оценки компенсации нарушенных функций и восстановления активности получателя услуги для осуществления основных категорий жизнедеятельности	Результат оценки степени соответствия реабилитационному прогнозу	Причины несоответствия
<p>Способность к самообслуживанию восстановлена или сформирована</p> <p><input type="checkbox"/> полностью</p> <p><input type="checkbox"/> частично</p>	<p>Возможность выполнять заданные функции:</p> <p>Раскрытие (закрытие) искусственной кисти:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично</p> <p><input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Выполнение цилиндрического схвата:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично</p> <p><input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Выполнение шарового схвата:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично</p> <p><input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Выполнение щипкового схвата:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично</p> <p><input type="checkbox"/> не достигнуто</p> <p>Выполнение плоскостного схвата:</p> <p><input type="checkbox"/> полностью или частично</p> <p><input type="checkbox"/> не достигнуто</p>	<p><input type="checkbox"/> Соответствует</p> <p><input type="checkbox"/> Не соответствует</p>	

	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		

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
Способность к самостоятельному передвижению восстановлена или сформирована <input type="checkbox"/> полностью <input type="checkbox"/> частично	Возможность находиться в основных положениях: Сидение: <input type="checkbox"/> полностью или частично <input type="checkbox"/> не достигнуто 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"/> Соответствует <input type="checkbox"/> Не соответствует	

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

Руководитель организации или уполномоченное
должностное лицо

(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. № 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 культы
- ☐ соблюдение индивидуального режима пользования протезом нижней конечности:
- ☐ передвижение по квартире в рамках бытовых нужд
 - ☐ возможна медленная ходьба (со скоростью не более 1,5 км/ч) за пределами квартиры длительностью не более 2 ч.
 - ☐ возможна активная ходьба вне помещения со скоростью 2,5 – 3 км/ч
 - ☐ использование дополнительных средств опоры при ходьбе
- ☐ соблюдение правил ухода за протезом и культей
- ☐ продолжение выполнения разученных физических упражнений в домашних условиях
- ☐ продолжение отработки бытовых навыков в домашних условиях
- ☐ регулярное использование слухопротезного комплекта в соответствии с инструкцией
- ☐ иные рекомендации (указать): _____

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

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(число, месяц, год)

МП