

Приложение № 1
к приказу Министерства труда и социальной
защиты Российской Федерации
от 13 апреля 2015 г. № 228н
(в ред. Приказов Минтруда России
от 29.12.2015 № 1172н, от 06.04.2017 № 336н)

Форма

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

АКТ № _____**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАНИНА****Раздел I. Общие данные о гражданине**

1. Дата подачи заявления о проведении медико-социальной экспертизы _____
 2. Дата проведения медико-социальной экспертизы _____
 3. Дата вынесения решения федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы _____
 4. Фамилия, имя, отчество _____
 5. Дата рождения _____
(число) (месяц) (год)
 6. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть):
 - 6.1. государство _____
 - 6.2. почтовый индекс _____
 - 6.3. субъект Российской Федерации _____
 - 6.4. район _____
 - 6.5. населенный пункт _____
 - 6.5.1. городское поселение 6.5.2. сельское поселение
 - 6.6. улица _____
 - 6.7. дом/корпус/строение _____ / _____ / _____
 - 6.8. квартира _____
 7. Лицо без определенного места жительства
 8. Адрес места постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с местом жительства данный пункт не заполняется):
 - 8.1. государство _____
 - 8.2. почтовый индекс _____
 - 8.3. субъект Российской Федерации _____
 - 8.4. район _____
 - 8.5. населенный пункт _____
 - 8.5.1. городское поселение
 - 8.5.2. сельское поселение
 - 8.6. улица _____
 - 8.7. дом/корпус/строение _____ / _____ / _____
 - 8.8. квартира _____
 9. Адрес места нахождения территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации _____
-

Раздел II. Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы

10. Заключение о видах и степени выраженности стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

10.1. нарушение психических функций _____

10.2. нарушение языковых и речевых функций _____

10.3. нарушение сенсорных функций _____

10.4. нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических функций) _____

10.5. нарушение функций сердечно-сосудистой системы _____

10.6. нарушение функций дыхательной системы _____

10.7. нарушение функций пищеварительной системы _____

10.8. нарушение функций эндокринной системы и метаболизма _____

10.9. нарушение функций системы крови и иммунной системы _____

10.10. нарушение функций мочевыделительной системы _____

10.11. нарушение функций кожи и связанных с ней систем _____

10.12. нарушения, обусловленные физическим внешним уродством _____

10.13. суммарная оценка степени нарушения функции организма человека в процентном выражении при наличии нескольких стойких нарушений функций человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах):

| | |
|---|---|
| 10.13.1. <input type="checkbox"/> максимально выраженное в процентах стойкое нарушение функции организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами | <input style="width: 80px;" type="text"/> % |
|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| 10.13.2. наличие факта влияния всех других имеющихся стойких нарушений функций организма человека на максимально выраженное нарушение функции организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами | 10.13.2.1. <input type="checkbox"/> есть | 10.13.2.2. <input type="checkbox"/> нет |
|--|--|---|

10.13.3. заключение о суммарной оценке степени нарушения функции организма человека (в процентах):

| | | | |
|---|--|---|---|
| 10.13.3.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input style="width: 80px;" type="text"/> % | 10.13.3.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input style="width: 80px;" type="text"/> % | 10.13.3.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input style="width: 80px;" type="text"/> % | 10.13.3.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input style="width: 80px;" type="text"/> % |
|---|--|---|---|

11. Заключение о видах и степени выраженности ограничений категорий жизнедеятельности:

11.1. самообслуживание _____

11.2. передвижение _____

11.3. общение _____

11.4. ориентация _____

11.5. обучение _____

11.6. контроль за своим поведением _____

11.7. трудовая деятельность _____

12. Группа инвалидности _____

13. Причина инвалидности _____

14. Дополнительная запись к причине инвалидности (нужное указать):

14.1. инвалид по зрению

14.2. инвалидность вследствие поствакцинального осложнения

15. Инвалидность установлена на срок до " ____ " _____ 20__ г.
16. Дата очередного освидетельствования _____
17. Причина пропуска срока очередного освидетельствования за прошлое время с _____ по _____ признана уважительной (неуважительной) (нужное указать) _____
18. Инвалидность за прошлое время с _____ по _____ установлена (не установлена) (нужное указать) _____
19. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____ в связи с первым несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) от _____
20. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок _____
21. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени утраты профессиональной трудоспособности _____
22. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____ в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования, установлена с _____ по _____
23. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____ в связи с повторным несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) от _____
24. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок _____
25. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени утраты профессиональной трудоспособности _____
26. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____ в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования, пропущенный период (нужное указать) установлена с _____ по _____
27. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____ в связи с повторным несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) от _____
28. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок _____
29. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени утраты профессиональной трудоспособности _____
30. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____ в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования, пропущенный период (нужное указать) установлена с _____ по _____
31. Стойкая утрата трудоспособности установлена по пункту перечня увечий и иных повреждений здоровья сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации _____
33. Дополнительные заключения:
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Руководитель бюро/уполномоченный заместитель руководителя
(главного бюро, Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы:

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.