

Приложение
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
и
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н
(в ред. Приказа Минтруда России №
589н, Минздрава России № 692н от
28.08.2019)

Медицинская
документация
Форма № 088/у

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(ОГРН медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу:

№ _____ от « ___ » _____ 20__ г.

2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить

на дому

3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи (при необходимости в оказании паллиативной медицинской помощи)

4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской

организацией: « ___ » _____ 20__ г.

5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1. <input type="checkbox"/> установление группы инвалидности | 5.2. <input type="checkbox"/> установление категории «ребенок-инвалид» | 5.3. <input type="checkbox"/> установление причины инвалидности |
| 5.4. <input type="checkbox"/> установление времени наступления инвалидности | 5.5. <input type="checkbox"/> установление срока инвалидности | 5.6. <input type="checkbox"/> определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
| 5.7. <input type="checkbox"/> определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации | 5.8. <input type="checkbox"/> определение нужности по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, | 5.9. <input type="checkbox"/> определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) | Чернобыльской атомной электростанции (далее – АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки |
| 5.10. <input type="checkbox"/> разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) | 5.11. <input type="checkbox"/> разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания | 5.12. <input type="checkbox"/> выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
| 5.13. <input type="checkbox"/> выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина | 5.14. <input type="checkbox"/> иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ | |

Раздел I. Данные о гражданине

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

7. Дата рождения (день, месяц, год): « ____ » _____ г. ;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев): _____

8. Пол (нужное отметить):

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 8.1. <input type="checkbox"/> мужской | 8.2. <input type="checkbox"/> женский |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

9. Гражданство (нужное отметить):

| | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9.1. <input type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации | 9.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации | 9.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.1. <input type="checkbox"/> гражданин, состоящий на воинском учете | 10.2. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете |
| 10.3. <input type="checkbox"/> гражданин, поступающий на воинский учет | 10.4. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете |

11. 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 территории Российской Федерации):

11.1. государство: _____

11.2. почтовый индекс: _____

11.3. субъект Российской Федерации: _____

11.4. район: _____

11.5. наименование населенного пункта: _____

11.6. улица: _____

11.7. дом (корпус, строение): _____

11.8. квартира: _____

12. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 13.1. <input type="checkbox"/> в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях | 13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____ _____ | 13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____ |
| 13.2. <input type="checkbox"/> в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания | 13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____ | 13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____ |
| 13.3. <input type="checkbox"/> в исправительном учреждении | 13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____ | 13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____ |
| 13.4. <input type="checkbox"/> иная организация | 13.4.1. адрес организации _____ _____ _____ | 13.4.2. ОГРН организации: _____ _____ |
| 13.5. <input type="checkbox"/> по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации) | | |

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов: _____

14.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____ - _____ - _____

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование: _____

16.2. серия _____, номер _____

16.3. кем выдан: _____

16.4. дата выдачи (день, месяц, год): « ____ » _____ г.

17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

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

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя:

17.2.1. наименование: _____

17.2.2. серия _____, номер _____

17.2.3. кем выдан: _____

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): « ___ » _____ г.

17.3. документ, удостоверяющий личность:

17.3.1. наименование: _____

17.3.2. серия _____, номер _____

17.3.3. кем выдан: _____

17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): « ___ » _____ г.

17.4. контактная информация:

17.4.1. номера телефонов: _____

17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____ - _____ - _____

17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

17.6.1. наименование: _____

17.6.2. адрес: _____

17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____

18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

| | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 18.1. <input type="checkbox"/> первично | 18.2. <input type="checkbox"/> повторно |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):

19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

| | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 19.1.1. <input type="checkbox"/> первая группа | 19.1.2. <input type="checkbox"/> вторая группа | 19.1.3. <input type="checkbox"/> третья группа | 19.1.4. <input type="checkbox"/> категория ребенок-инвалид |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) « ___ » _____ г.

19.3. период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

| | | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 19.3.1. <input type="checkbox"/> один год | 19.3.2. <input type="checkbox"/> два года | 19.3.3. <input type="checkbox"/> три года | 19.3.4. <input type="checkbox"/> четыре и более лет |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

| | | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19.4.1. <input type="checkbox"/> общее заболевание | 19.4.2. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства | 19.4.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание | 19.4.4. <input type="checkbox"/> трудовое увечье |
| 19.4.5. <input type="checkbox"/> военная травма | 19.4.6. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы | 19.4.7. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС | 19.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19.4.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС | 19.4.10. <input type="checkbox"/> заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк» | 19.4.11. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк» | 19.4.12. <input type="checkbox"/> заболевание связано с последствиями радиационных воздействий |
| 19.4.13. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска | 19.4.14. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 годов | 19.4.15. <input type="checkbox"/> заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий | 19.4.16. <input type="checkbox"/> иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |
| 19.4.17. формулировки с законодательством, причин инвалидности, действовавшим на момент установления установленных в соответствии с законодательством, установленных в соответствии с законодательством, установленных в соответствии с законодательством (указать): _____ _____ | | | |

19.5. степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: _____

19.6. срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности

в процентах (день, месяц, год): «___» _____ г.

19.8. степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:

20. Сведения о получении образования (при получении образования):

20.1. наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: _____

20.2. курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): _____

20.3. профессия (специальность), для получения которой проводится обучение:

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности):

21.1. основная профессия (специальность, должность):

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание):

21.3. стаж работы:

21.4. выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности):

21.5. условия и характер выполняемого труда:

21.6. место работы (наименование организации):

21.7. адрес места работы:

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

22. Наблюдается в медицинской организации с _____ года.

23. Анамнез заболевания:

24. Анамнез жизни:

25. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

| № п/п | Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности | Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности | Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности | Диагноз |
|-------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее – ЭЛН)

25.2. № ЭЛН: _____

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида

(ребенка-инвалида) № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы № _____ от « ___ » _____ 20__ г. (нужное отметить):

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 26.1. <input type="checkbox"/> восстановление нарушенных функций | 26.1.1. <input type="checkbox"/> полное | 26.1.2. <input type="checkbox"/> частичное | 26.1.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют |
| 26.2. <input type="checkbox"/> достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций | 26.2.1. <input type="checkbox"/> полное | 26.2.2. <input type="checkbox"/> частичное | 26.2.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют |

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27.1. рост: _____ | 27.2. вес: _____ | 27.3. индекс массы тела: _____ |
| 27.4. телосложение: _____ | 27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____ | 27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____ / _____ |
| 27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____ | | 27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____ |

28. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу:

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы: _____

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание: _____

30.2. код основного заболевания по МКБ: _____

30.3. осложнения основного заболевания: _____

30.4. сопутствующие заболевания: _____

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: _____

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть).

33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

Председатель врачебной
комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.