

Приложение № 1
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации и
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «1» февраля 2021 г.
№ 274/364

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 нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи).
4. Гражданин, находящийся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), нуждающийся в первичном протезировании (при нуждаемости в первичном протезировании).
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 органов внутренних дел Российской Федерации; сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации	5.8. <input type="checkbox"/> Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. <input type="checkbox"/> Разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)
5.10. <input type="checkbox"/> Разработка программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания		

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	9.3. <input type="checkbox"/> Лицо без гражданства, находящееся
--	--	---

	территории Российской Федерации	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 места 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: _____ _____

13.3. <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. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и полисе обязательного медицинского страхования:

СНИЛС: ____ - ____ - ____

Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии):

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): _____

17.1.1. Дата рождения (день, месяц, год): «__» _____ г.

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. Причина инвалидности, имеющаяся 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),	19.4.8. <input type="checkbox"/> Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы

		связано с катастрофой на Чернобыльской атомной электростанции (далее – АЭС)	(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, предусмотренные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.4.17. Причины инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (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: _____

28.1. Жалобы гражданина на состояние своего здоровья:

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

№ п/п	Дата обследования	Код (при наличии)	Наименование обследования	Результат обследования

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:

34.1. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию, техническим средствам реабилитации:

37. Санаторно-курортное лечение (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

38. Посторонний специальный медицинский уход (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

39. Дата заполнения «Направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (день, месяц, год): «__» _____ г.

Председатель врачебной
комиссии:

(подпись) (расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П. (при наличии)