

Приложение № 1  
к приказу Министерства  
труда и социальной защиты  
Российской Федерации  
от «30» декабря 2020 г. № 982н

Форма

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

**Программа реабилитации пострадавшего в результате  
несчастливого случая на производстве и профессионального заболевания**

Застрахованный обязан выполнять рекомендации по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в сроки, установленные программой реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее – ПРП, пострадавший соответственно), проходить медицинские освидетельствования и переосвидетельствования в установленные учреждениями медико-социальной экспертизы сроки, а также по направлению страховщика (подпункт 3 пункта 2 статьи 16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup> (далее - Федеральный закон № 125-ФЗ)

ПРП № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном  
учреждении медико-социальной экспертизы<sup>2</sup>

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_. \_\_. \_\_/\_\_\_\_.

Выдана взамен ПРП № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Раздел I. Данные о пострадавшем**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_
2. Нуждаемость инвалида в оказании паллиативной медицинской помощи
3. Дата рождения: день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
4. Возраст: \_\_\_\_\_
5. Пол: 5.1.  мужской 5.2.  женский
6. Гражданство: \_\_\_\_\_
- 6.1. гражданин Российской Федерации
- 6.2. гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации
- 6.3. лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2019, № 52, ст. 7804.

<sup>2</sup> Форма утверждена приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 декабря 2015 г. № 1171н «Об утверждении формы протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 февраля 2016 г., регистрационный № 40949) с изменениями, внесенными приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 6 апреля 2017 г. № 336н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2017 г., регистрационный № 46541) и от 4 апреля 2019 г. № 215н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 апреля 2019 г., регистрационный № 54550) (далее - протокол проведения медико-социальной экспертизы).

7. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации) (нужное отметить):

7.1. государство: \_\_\_\_\_

7.2. индекс: \_\_\_\_\_

7.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_

7.4. район: \_\_\_\_\_

7.5. населенный пункт: \_\_\_\_\_

7.6. улица: \_\_\_\_\_

7.7. дом/корпус/строение: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

7.8. квартира: \_\_\_\_\_

7.9. этаж: \_\_\_\_\_

8. Медицинская организации, направившая пострадавшего на медико-социальную экспертизу:

8.1 Наименование: \_\_\_\_\_

8.2 Адрес: \_\_\_\_\_

8.3 Основной государственный регистрационный номер (далее – ОГРН): \_\_\_\_\_

9. Место постоянной регистрации:

9.1. государство: \_\_\_\_\_

9.2. индекс: \_\_\_\_\_

9.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_

9.4. район: \_\_\_\_\_

9.5. населенный пункт: \_\_\_\_\_

9.6. улица: \_\_\_\_\_

9.7. дом/корпус/строение: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

9.8. квартира: \_\_\_\_\_

10. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

<input type="checkbox"/> 10.1. в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	10.1.1. адрес: _____ _____	10.1.2. ОГРН: _____ _____
<input type="checkbox"/> 10.2. в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	10.2.1. адрес: _____ _____	10.2.2. ОГРН: _____ _____
<input type="checkbox"/> 10.3. в исправительном учреждении	10.3.1. адрес: _____	10.3.2. ОГРН: _____
<input type="checkbox"/> 10.4. в иной организации	10.4.1. адрес: _____	10.4.2. ОГРН: _____
<input type="checkbox"/> 10.5. по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

## 11. Контактная информация:

11.1. контактные телефоны: \_\_\_\_\_

11.2. адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

12. Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_

13. Документ, удостоверяющий личность пострадавшего (указать наименование документа): \_\_\_\_\_

14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя пострадавшего: \_\_\_\_\_

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя пострадавшего)

14.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя пострадавшего (указать наименование документа):

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_ когда выдан \_\_\_\_\_

14.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя пострадавшего (указать наименование документа):

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_ когда выдан \_\_\_\_\_

14.3. страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя пострадавшего: \_\_\_\_\_

## 15. Общее образование:

15.1 начальное общее образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает	15.2 основное общее образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает	15.3 среднее общее образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает
--	---	--

## 16. Профессиональное образование:

<input type="checkbox"/> 16.1 не имеет		
16.2 среднее профессиональное образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает	16.3 высшее образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает	16.4 дополнительное профессиональное образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает
<input type="checkbox"/> 16.5 начальное профессиональное образование (полученное до 2012 г.)		

## 17. Профессия (специальность), квалификация (класс, разряд, категория, звание), стаж работы:

17.1. на момент наступления страхового случая (страховых случаев): \_\_\_\_\_

17.2. после проведения профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования: \_\_\_\_\_

18. Работа, выполняемая на момент проведения медико-социальной экспертизы (должность, профессия (специальность), квалификация (класс, разряд, категория, звание), стаж работы по указанной должности, профессии (специальности): \_\_\_\_\_

## 19. Место работы:

19.1 Наименование организации: \_\_\_\_\_

19.2 Адрес организации: \_\_\_\_\_

19.3 ОГРН: \_\_\_\_\_

20. Диагноз:

20.1 основное заболевание, обусловленное прямыми последствиями страхового случая (страховых случаев):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20.2. код основного заболевания по МКБ: \_\_\_\_\_

20.3. осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_

20.4. сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

20.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: \_\_\_\_\_

20.6. осложнения сопутствующих заболеваний: \_\_\_\_\_

20.7. вид и степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием: \_\_\_\_\_

21. Инвалидность:

21.1. первая группа     21.2. вторая группа     21.3. третья группа

22. Причина инвалидности: \_\_\_\_\_

23. Инвалидность установлена на срок до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

24. Степень утраты профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_ установлена на срок \_\_\_\_\_

24.1. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: \_\_\_\_\_

24.2. степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, установленные по повторным страховым случаям, и даты, до которых они установлены (указываются все степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, установленные отдельно по каждому страховому случаю, и даты, до которых они установлены): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

24.3. дата очередного переосвидетельствования на предмет определения степени утраты профессиональной трудоспособности: \_\_\_\_\_

24.4. степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) за период, предшествовавший дню проведения медико-социальной экспертизы, пропущенный период (нужное подчеркнуть) в связи с \_\_\_\_\_

установлена с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

25. ПРП разработана:

впервые     повторно     в период временной нетрудоспособности

26. ПРП разработана:

с участием Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - страховщик)

(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность представителя (представителей) страховщика)

без участия представителя страховщика

**Раздел II. Заключение федерального учреждения медико-социальной экспертизы  
об определении нуждаемости пострадавшего в мероприятиях по реабилитации при  
наличии прямых последствий страхового случая (страховых случаев)**

**27. Приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения**

Лекарственные препараты для медицинского применения				Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
Наименование лекарственных препаратов для медицинского применения	Виды, формы лекарственных препаратов	Количество (дозировка), продолжительность приема лекарственных препаратов	Кратность курсов лечения		Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у <sup>3</sup>
1	2	3	4	5	6	7

**28. Приобретение медицинских изделий**

Медицинские изделия		Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
Наименование медицинских изделий	Количество медицинских изделий		Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у
1	2	3	4	5

**29. Санаторно-курортное лечение**

Санаторно-курортное лечение	Профиль	Сезон	Продолжительность курса лечения	Значение рекомендованного для лечения курорта	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
						Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у
1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается				<input type="checkbox"/> местного значения  <input type="checkbox"/> федерального значения			

<sup>3</sup> Утверждена приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2018 г., регистрационный № 52777) с изменениями, внесенными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 августа 2019 г. № 589н/692н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2019 г. № 56020).

## 30. Посторонний специальный медицинский уход за пострадавшим

Посторонний специальный медицинский уход за пострадавшим	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
		Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у
1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается			

## 31. Посторонний бытовой уход за пострадавшим

Посторонний бытовой уход за пострадавшим	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия
1	2
<input type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	

## 32. Профессиональное обучение, получение дополнительного профессионального образования

Профессиональное обучение, получение дополнительного профессионального образования	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия
1	2
<input type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	

## 33. Заключение об условиях, при которых возможно продолжение выполнения профессиональной деятельности пострадавшим

- При снижении квалификации  
 При уменьшении объема (тяжести) работ  
 При снижении квалификации и уменьшении объема (тяжести) работ  
 При изменении условий труда  
 На специальном рабочем месте  
 Невозможность продолжения выполнения профессиональной деятельности

34. Заключение по изменению условий труда для продолжения выполнения профессиональной деятельности пострадавшим

Нуждается в дополнительных перерывах

Доступна профессиональная деятельность в оптимальных, допустимых условиях труда

35. Заключение по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства пострадавшего

с нарушениями зрения: \_\_\_\_\_

с нарушениями слуха: \_\_\_\_\_

с одновременным нарушением функции зрения и слуха: \_\_\_\_\_

с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающегося с использованием кресла-коляски: \_\_\_\_\_

с прочими нарушениями: \_\_\_\_\_

не нуждается

36. Обеспечение техническими средствами реабилитации

Наименование технических средств реабилитации	Количество технических средств реабилитации	Единица измерения	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания для обеспечения техническим средством реабилитации
1	2	3	4	5

## 37. Изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов

Наименование протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания для изготовления протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов
1	2	3

## 38. Обеспечение транспортным средством

Наличие медицинских показаний к обеспечению транспортным средством	Тип управления транспортным средством (необходимая модификация)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных мероприятий	Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания к обеспечению транспортным средством и отсутствие противопоказаний к вождению транспортного средства
1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Имеются медицинские показания к обеспечению транспортным средством			

Согласно заключению медицинской организации, внесенному в форму № 003-В/у «Медицинское заключение серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_ о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами»<sup>4</sup> (далее – форма № 003/В/у):

Противопоказания к управлению транспортным средством:

- имеются  
 отсутствуют

Медицинские показания к управлению транспортными средствами:

- с ручным управлением  
 с автоматической трансмиссией

<sup>4</sup> Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2015 г. № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 марта 2016 г., регистрационный № 41376) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 сентября 2019 г. № 731н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 ноября 2019 г., регистрационный № 56466), от 20 ноября 2019 г. № 942н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 ноября 2019 г., регистрационный № 56566), от 23 июня 2020 г. № 624н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 июня 2020 г., регистрационный № 58783) и от 25 декабря 2020 г. № 1370н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2020 г., регистрационный № 61932).

- оборудованным акустической парковочной системой
- с использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения
- с использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации слуха

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ формы № 003-В/у;

Дата выдачи формы № 003-В/у: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.;

ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 003-В/у: \_\_\_\_\_

39. Заключение о нуждаемости пострадавшего в сопровождении для получения отдельных видов мероприятий, связанных с реабилитацией<sup>5</sup>

для получения медицинской помощи непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности, включая медицинскую реабилитацию

- Нуждается
- Не нуждается

для санаторно-курортного лечения в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях)

- Нуждается
- Не нуждается

для получения транспортного средства

- Нуждается
- Не нуждается

для заказа, примерки, получения, ремонта, замены протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов, технических средств реабилитации

- Нуждается
- Не нуждается

для проведения освидетельствования (переосвидетельствования) федеральным учреждением медико-социальной экспертизы по направлению страховщика

- Нуждается
- Не нуждается

для проведения экспертизы связи заболевания с профессией учреждением, осуществляющим такую экспертизу, по направлению страховщика

- Нуждается
- Не нуждается

<sup>5</sup> Абзац пятый подпункта 3 пункта 1 статьи 8 Федерального закона № 125-ФЗ.

### III. Прогнозируемый результат проведения реабилитационных мероприятий

40. Восстановление нарушенных функций организма, обусловленных несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием:  полностью  частично.
41. Достижение компенсации утраченных функций организма, обусловленных несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием:  полностью  частично.
42. Восстановление возможности, способности пострадавшего продолжать выполнять профессиональную деятельность:  полностью  частично.

ПРП действительна с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата переосвидетельствования « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель бюро (главного  
бюро, Федерального бюро)  
медико-социальной экспертизы  
(должностное лицо, уполномоченное  
руководителем бюро (главного бюро,  
Федерального бюро)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

М.П.