

По состоянию на 04.03.2021 это лишь ПРОЕКТ, возможно, ещё будет корректироваться

Приложение № 1  
к приказу Министерства труда  
и социальной защиты  
Российской Федерации  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г. № \_\_\_\_\_

Форма

---

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

**Программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного 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 соответственно – ПРП, пострадавший), 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» (далее - Федеральный закон № 125-ФЗ).

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

**к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы<sup>1</sup>**

**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. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации) (нужное отметить):
  - 6.1. государство: \_\_\_\_\_

<sup>1</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).

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: \_\_\_\_\_

6.9. этаж проживания: \_\_\_\_\_

7. наименование и адрес организации, направившей пострадавшего на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_

8. ОГРН медицинской организации, направившей пострадавшего на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_

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	<input type="checkbox"/> 10.1.1. адрес медицинской организации: _____	<input type="checkbox"/> 10.1.2. ОГРН медицинской организации: _____
<input type="checkbox"/> 10.2. в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	<input type="checkbox"/> 10.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____	<input type="checkbox"/> 10.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____
<input type="checkbox"/> 10.3. в исправительном учреждении	<input type="checkbox"/> 10.3.1. адрес исправительного учреждения: _____	<input type="checkbox"/> 10.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____



<input type="checkbox"/> 10.4. иная организация	<input type="checkbox"/> 10.4.1. адрес организации _____ _____	<input type="checkbox"/> 10.4.2. ОГРН организации: _____ _____
<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):

\_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

когда выдан \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

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. <input type="checkbox"/> имеет начальное общее образование	15.2. <input type="checkbox"/> имеет основное общее образование	15.3. <input type="checkbox"/> имеет среднее общее образование
15.4. <input type="checkbox"/> получает начальное общее образование	15.5. <input type="checkbox"/> получает основное общее образование	15.6. <input type="checkbox"/> получает среднее общее образование

16. Профессиональное образование:

16.1. <input type="checkbox"/> не имеет	16.2. <input type="checkbox"/> имеет среднее профессиональное образование	16.3. <input type="checkbox"/> имеет высшее образование	16.4. <input type="checkbox"/> имеет дополнительное профессиональное образование
16.5. <input type="checkbox"/> получает среднее профессиональное образование	16.6. <input type="checkbox"/> получает высшее образование	16.7. <input type="checkbox"/> получает дополнительное профессиональное образование	16.8. <input type="checkbox"/> имеет 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: \_\_\_\_\_

20. Адрес места работы: \_\_\_\_\_

21. Диагноз:

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

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

21.3. осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_

21.4. сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

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

21.6. осложнения сопутствующих заболеваний: \_\_\_\_\_

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

22. Инвалидность:

22.1 первая группа  22.2. вторая группа  22.3. третья группа

23. Причина инвалидности: \_\_\_\_\_

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

25. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_ установлена на срок \_\_\_\_\_

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

25.2. 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 раздельно по каждому страховому случаю, и даты, до которых они установлены): \_\_\_\_\_

25.3. дата очередного переосвидетельствования на предмет определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах: \_\_\_\_\_

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

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

26. ПРП разработана впервые, повторно, в период временной нетрудоспособности (нужное подчеркнуть)

27. ПРП разработана:

с участием представителя (представителей) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - ТОФ)

\_\_\_\_\_  
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность представителя (представителей ТОФ))

без участия представителя ТОФ

**Раздел II. Заключение федерального учреждения медико-социальной экспертизы  
об определении нуждаемости пострадавшего в мероприятиях по медицинской,  
социальной и профессиональной реабилитации**

**Мероприятия по медицинской реабилитации**

Виды, формы и объемы необходимых реабилитационных мероприятий при наличии прямых последствий несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных мероприятий
1	2
Лекарственные препараты для медицинского применения:	
Медицинские изделия:	
Санаторно-курортное лечение в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях): _____	
Посторонний специальный медицинский уход за пострадавшим  <input type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	

**Мероприятия по социальной реабилитации**

Виды, формы и объемы необходимых реабилитационных мероприятий при наличии прямых последствий несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных мероприятий
1	2
Посторонний бытовой уход за пострадавшим  <input type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	

### Мероприятия по профессиональной реабилитации

Виды, формы и объемы необходимых реабилитационных мероприятий при наличии прямых последствий несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных мероприятий
1	2
<input type="checkbox"/> Профессиональное обучение, получение дополнительного профессионального образования: _____ _____	

### Заключение о возможности продолжения 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

### Заключение по изменению условий труда для продолжения выполнения профессиональной деятельности пострадавшим

- Нуждается в дополнительных перерывах  
 Доступна профессиональная деятельность в оптимальных, допустимых условиях труда

### 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

#### Обеспечение техническими средствами реабилитации

Перечень технических средств реабилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных мероприятий	Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания для обеспечения техническим средством реабилитации
1	2	3
<input type="checkbox"/> Изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов		

#### Обеспечение транспортным средством

наличие медицинских показаний к обеспечению транспортным средством: \_\_\_\_\_

Отсутствие противопоказаний к вождению транспортного средства: \_\_\_\_\_

Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания к обеспечению транспортным средством и отсутствие противопоказаний к вождению транспортного средства: \_\_\_\_\_

#### Заключение о нуждаемости пострадавшего в сопровождении для получения отдельных видов мероприятий, связанных с реабилитацией<sup>2</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

<sup>2</sup> Абзац пятый подпункта 3 пункта 1 статьи 8 Федерального закона № 125-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2017, № 1, ст. 34).



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

#### Прогнозируемый результат:

восстановление нарушенных функций организма, обусловленных несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием:  полностью,  частично;

достижение компенсации утраченных функций организма в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием:  полностью  частично;

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.