Приложение N 1

к приказу Министерства труда

и социальной защиты Российской Федерации

и Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 1 февраля 2021 г. N 27н/36н

Медицинская документация

Форма N 088/у

**БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР»**

(наименование медицинской организации)

**427100, УР, с.Якшур-Бодья, ул.Володарского, д.9**

(адрес медицинской организации)

**1021800643842**

(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:N\_\_\_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.  Установление группы инвалидности | 5.2.  Установление категории "ребенок-инвалид" | 5.3. Х Установление причины инвалидности |
| 5.4.  Установление времени наступления инвалидности | 5.5.  Установление срока инвалидности | 5.6.  Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
| 5.7.  Определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации; сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации | 5.8.  Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) | 5.9.  Разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) |
| 5.10.  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. Мужской

8.2. Женский

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. Гражданин Российской Федерации

9.2. Гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации

9.3. Лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. Гражданин, состоящий на воинском учете

10.2. Гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете

10.3. Гражданин, поступающий на воинский учет

10.4. 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.  В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях | 13.1.1. Адрес медицинской организации: | 13.1.2. ОГРН медицинской организации: |
| 13.2.  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.  В исправительном учреждении | 13.3.1. Адрес исправительного учреждения: | 13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: |
| 13.4.  Иная организация | 13.4.1. Адрес организации | 13.4.2. ОГРН организации: |
| 13.5.  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

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

17.2.3.Кем выдан:

17.2.4. Дата выдачи (день, месяц, год):"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

17.3. Документ, удостоверяющий личность:

17.3.1.Наименовани:

17.3.2. Серия номер

17.3.3. Кем выдан:

17.3.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

7.4.1. 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.  Первично | 18.2.  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.  Первая группа | 19.1.2.  Вторая группа | 19.1.3.  Третья группа | 19.1.4.  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.  Один год | 19.3.2.  Два года | 19.3.3.  Три года | 19.3.4.  Четыре и более лет |

19.4. Причина инвалидности, имеющаяся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 19.4.1.  Общее заболевание | 19.4.2.  Инвалидность с детства | 19.4.3.  Профессиональное заболевание | 19.4.4.  Трудовое увечье |
| 19.4.5.  Военная травма | 19.4.6.  Заболевание получено в период военной службы | 19.4.7.  Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской атомной электростанции (далее - АЭС) | 19.4.8.  Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС |
| 19.4.9.  Заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС | 19.4.10.  Заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк" | 19.4.11.  Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк" | 19.4.12.  Заболевание связано с последствиями радиационных воздействий |
| 19.4.13.  Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска | 19.4.14.  Инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов | 19.4.15.  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.  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):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N 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. N ЭЛН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) N \_\_\_ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N \_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (нужное отметить):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 26.1.  Восстановление нарушенных функций | 26.1.1.  Полное | 26.1.2.  Частичное | 26.1.3.  Положительные результаты отсутствуют |
| 26.2.  Достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций | 26.2.1.  Полное | 26.2.2.  Частичное | 26.2.3.  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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Председатель врачебной комиссии: |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
| Члены врачебной комиссии: |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |
|  |
|  |
|  |