

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 _____ 2 _____
« _____ » _____ 0 _____ 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. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской
организации _____ 2 _____
г. _____ « _____ » _____ 0 _____ г.

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

5.1. ☐ установление группы инвалидности	5.2. ☐ установление категории «ребенок-инвалид»	5.3. ☐ 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	5.8. ☐ определение	5.9. ☐ определение причины

утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	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)	смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на 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
5.1 ☐ разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11 ☐ разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.1 ☐ выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.1 ☐ выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14 ☐ 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. ☐ мужской	8.2. ☐ женский
---------------------------------------	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. ☐ гражданин	9.2. ☐ гражданин иностранного	9.3. ☐ лицо без гражданства,
---	--	---

_____ Российской Федерации	_____ государства, находящийся на территории Российской Федерации	_____ 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 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. 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 _____
я _____

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 _____
я _____

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. ☐ 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. формулировка причины инвалидности, имеющейся 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 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, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____

19.4.17. формулировки причин 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: _____

[illegible][illegible]

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

2

№ _____

« »

0

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:

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.