

Медицинская документация  
Форма № 088/у

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области  
Ступинская центральная районная клиническая больница

(наименование медицинской организации)

Московская область, г.Ступино, улица Чайковского, владение 7

(адрес медицинской организации)

1025005922446

(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 необходимости в оказании паллиативной медицинской помощи)

4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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 органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. <input type="checkbox"/> определение нуждемости 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. <input type="checkbox"/> определение причины 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
5.10. <input type="checkbox"/> разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input type="checkbox"/> разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. <input type="checkbox"/> выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. <input type="checkbox"/> выдача новой справки, подтверждающей факт	5.14. <input type="checkbox"/> 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. <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 территории Российской Федерации	9.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся 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 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	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 _____ _____	13.2.2. ОГРН 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. 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 \_\_\_\_\_

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. формулировка причины инвалидности, имеющейся 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), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (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 обязаннос-тей), связано с аварией на производ-ственном 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, обслуживав-шим 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, 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: \_\_\_\_\_

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



---

---

---

---

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)