

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

(наименование и адрес организации, оказывающей
лечебно-профилактическую помощь)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Дата выдачи " __ " _____ 20__ г. <*>

1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на
медико-социальную экспертизу (далее - гражданин): _____

2. Дата рождения: _____ 3. Пол: _____

4. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина
(заполняется при наличии законного представителя): _____

5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места
жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания
на территории Российской Федерации): _____

6. Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы,
категория "ребенок-инвалид" (нужное подчеркнуть).

7. Степень ограничения способности к трудовой деятельности: _____

(заполняется при повторном направлении)

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

(заполняется при повторном направлении)

9. Направляется впервые, повторно (нужное подчеркнуть).

10. Кем работает на момент направления на медико-социальную
экспертизу _____

(указать должность, профессию, специальность,

квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии,
специальности, квалификации; в отношении неработающих
граждан сделать запись: "не работает")

11. Наименование и адрес организации, в которой работает
гражданин: _____

12. Условия и характер выполняемого труда: _____

13. Основная профессия (специальность): _____

14. Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория,
звание): _____

15. Наименование и адрес образовательного учреждения: _____

16. Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть): _____

17. Профессия (специальность), для получения которой проводится
обучение: _____

18. Наблюдается в организациях, оказывающих
лечебно-профилактическую помощь, с _____ года.

19. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и

длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):

(подробно описывается при первичном направлении; при повторном направлении отражается динамика за период между освидетельствованиями, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма)

20. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением)):

(заполняется при первичном направлении)

21. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

№	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

22. Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (заполняется при повторном направлении, указываются конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, а также сроки, в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют):

23. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу
(указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей) :

24. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований) :

25. Масса тела (кг) _____, рост (м) _____, индекс массы тела _____.

26. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).

27. Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

28. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

29. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

а) код основного заболевания по МКБ: _____

б) основное заболевание: _____

в) сопутствующие заболевания: _____

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

в) осложнения: _____

30. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

31. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

33. Цель направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркнуть): для установления инвалидности, степени ограничения способности к трудовой деятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида

(программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания), для другого (указать): _____

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида, программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания:

(указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, заключение о санаторно-курортном лечении с предписанием профиля, кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения, о нуждаемости в специальном медицинском уходе лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, о нуждаемости в лекарственных средствах для лечения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, другие виды медицинской реабилитации)

Председатель врачебной комиссии: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Линия отреза

Подлежит возврату в организацию,
оказывающую лечебно-профилактическую
помощь, выдавшую направление на
медико-социальную экспертизу

Обратный талон

(наименование федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы и его адрес)

1. Фамилия, имя, отчество гражданина: _____
2. Дата освидетельствования: _____
3. Акт N ____ медико-социальной экспертизы
4. Диагноз федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы:
а) код основного заболевания по МКБ: _____
б) основное заболевание: _____

в) сопутствующие заболевания: _____

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом
документа.
в) осложнения: _____

5. Виды нарушений функций организма и степень их выраженности
(согласно классификациям, утвержденным Приказом
Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. N 535
(зарегистрирован в Минюсте России 13 сентября 2005 г. N 6998)):

6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень
их выраженности (согласно классификациям и критериям, утвержденным
Приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. N 535):

7. Решение федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы:
установлена инвалидность первой, второй, третьей группы, по

категории "ребенок-инвалид" (нужное подчеркнуть);
определена первая, вторая, третья степень ограничения
способности к трудовой деятельности (нужное подчеркнуть);

причина инвалидности: _____

степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

дата переосвидетельствования: _____

рекомендации по медицинской реабилитации: _____

рекомендации по профессиональной, социальной,
психолого-педагогической реабилитации: _____

8. Причины отказа в установлении инвалидности: _____

9. Дата отправки обратного талона: " __ " _____ 20__ г.

Руководитель федерального

государственного учреждения

медико-социальной экспертизы _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

<*> Не позднее одного месяца со дня выдачи настоящее направление может быть
представлено гражданином (его законным представителем) в филиал главного бюро
медико-социальной экспертизы - бюро медико-социальной экспертизы.