

Наименование

(наименование медицинской организации)

Регион Округ Район Город Внутригородской Район Улица Дом Строение Владение Корпус

(адрес медицинской организации)

ОГРН

(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 **string** от **"29" сентября 2008 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. Гражданин, находящийся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), нуждающийся в первичном протезировании ☒ (при необходимости в первичном протезировании)
5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

5.1. <input type="checkbox"/> установления группы инвалидности	5.2. <input type="checkbox"/> установления категории "ребенок-инвалид"	5.3. <input type="checkbox"/> установления причины инвалидности
5.4. <input type="checkbox"/> установления времени наступления инвалидности	5.5. <input type="checkbox"/> установления срока инвалидности	5.6. <input checked="" type="checkbox"/> определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах)
5.7. <input type="checkbox"/> Определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации, лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции	5.8. <input type="checkbox"/> Определение нужды по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, бабушки или усыновителя гражданина, призванного на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации	5.9. <input type="checkbox"/> Определение нужды по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, бабушки, бабушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации
5.10. <input type="checkbox"/> Разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input checked="" type="checkbox"/> Разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии):

Гражданин-Фамилия Имя Отчество

7. Дата рождения (день, месяц, год): **"01" ноября 2018 г.;**

возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): **100**

8. Пол (нужное отметить):

8.1. <input checked="" type="checkbox"/> Мужской	8.2. <input type="checkbox"/> Женский
--	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. <input checked="" 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 checked="" 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 места пребывания, места фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (нужное подчеркнуть):

11.1. Государство: Российская Федерация

11.2. Почтовый индекс: 123456

11.3. Субъект Российской Федерации: Регион2

11.4. Район: Район

11.5. Наименование населенного пункта: Район

11.6. Улица: Улица

11.7. Дом (корпус, строение): 6 (17 , 1)

11.8. Квартира: 4

12. Лицо без определенного места жительства ☒

(в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

<input type="checkbox"/> 13.1. В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. Адрес медицинской организации: _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____
<input type="checkbox"/> 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: _____
<input type="checkbox"/> 13.3. В исправительном учреждении	13.3.1. Адрес исправительного учреждения: _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13.4. Иная организация	13.4.1. Адрес организации: <u>СтрокаАдреса</u>	13.4.2. ОГРН организации: <u>ОГРН</u>
<input type="checkbox"/> 13.5. По месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. Номера телефонов: мобильный +7(916)917-91-81

14.2. Адрес электронной почты (при наличии): string@qqq.ru

15. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и полисе обязательного медицинского страхования:

СНИЛС: 000-000-000 00

Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии): НомерПолисаОМС

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. Наименование: Значение Наименование

16.2. Серия Серия , номер Номер

16.3. Кем выдан: КемВыдан КодПодразделения

16.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "13" сентября 2012 г.

17. Сведения о законном или уполномоченном представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии):

ПредставительФЛ-Фамилия Имя Отчество

17.1.1. Дата рождения (день, месяц, год): "04" февраля 2018 г.

17.2. Документ, удостоверяющий полномочия законного или уполномоченного представителя:

17.2.1. Наименование: ЗначениеДПП НаименованиеДПП

17.2.2. Серия СерияДПП , номер НомерДПП

17.2.3. Кем выдан: КемВыданДПП

17.2.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "10" апреля 2009 г.

17.3. Документ, удостоверяющий личность:

17.2.1. Наименование: ЗначениеДУЛ НаименованиеДУЛ

17.2.2. Серия СерияДУЛ , номер НомерДУЛ

17.2.3. Кем выдан: КемВыданДУЛ КодПодразделенияДУЛ

17.2.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "10" ноября 2003 г.

17.4. Контактная информация:

17.4.1. Номера телефонов: домашний ПредставительФЛ-number

17.4.2. Адрес электронной почты (при наличии): ПредставительФЛ-email

17.5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 001-001-001 01

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	18.1. <input checked="" type="checkbox"/> Повторно
---	--

19. Сведения из согласия на направление и проведение медико-социальной экспертизы:

19.1. Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) дал согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы **"23" июля 2003 г.**

19.2. Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

19.2.1. <input checked="" type="checkbox"/> личным присутствием (очно)	19.2.2. <input type="checkbox"/> без личного присутствия (заочно)
--	---

19.3. Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

19.3.1. <input checked="" type="checkbox"/> по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений	19.3.2. <input type="checkbox"/> в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением	19.3.3. <input type="checkbox"/> в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)"
--	--	---

20. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):

20.1. Наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.1.1. <input type="checkbox"/> Первая группа	20.1.2. <input checked="" type="checkbox"/> Вторая группа	20.1.3. <input type="checkbox"/> Третья группа	20.1.4. <input type="checkbox"/> Категория "ребенок-инвалид"
--	---	--	--

20.2. Дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) **"07" ноября 2008 г.**

20.3. Период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

20.3.1 <input checked="" type="checkbox"/> Один год	20.3.2 <input type="checkbox"/> Два года	20.3.3 <input type="checkbox"/> Три года	20.3.3 <input type="checkbox"/> Четыре и более лет
---	--	--	--

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

20.4.1. <input type="checkbox"/> общее заболевание	20.4.2. <input type="checkbox"/> трудовое увечье	20.4.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание	20.4.4. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства
20.4.5. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941-1945 годов	20.4.6. <input type="checkbox"/> военная травма	20.4.7. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы	20.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
20.4.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	20.4.10. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	20.4.11. <input type="checkbox"/> заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	20.4.12. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»
20.4.13. <input type="checkbox"/> заболевание связано с	20.4.14. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено	20.4.15. <input type="checkbox"/> заболевание (ранение, контузия, увечье),	20.4.16. <input type="checkbox"/> инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья),

последствиями радиационных воздействий	при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	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	полученного в связи с участием в боевых действиях в составе отрядов самообороны Республики Дагестан в период с августа по сентябрь 1999 г. в ходе контртеррористических операций на территории Республики Дагестан
20.4.17. <input type="checkbox"/> иные причины инвалидности, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____		20.4.18. <input checked="" type="checkbox"/> Причины инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): СтараяПричинаИнвалидности	

20.5. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: 40

20.6. Срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: 2 месяца

20.7. Дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): "29" мая 2005 г.

20.8. Степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:

30, 3 месяца (по 30.11.2006)

21. Сведения о получении образования (при получении образования):

21.1. Наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: ОбразовательнаяОрганизацияНаименование, ОбразовательнаяОрганизацияАдрес

21.2. Курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения, (нужное подчеркнуть и указать): КурсКлассГруппаЗначение

21.3. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: ПрофессияОбразовательнаяОрганизация

22. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности):

22.1. Основная профессия (специальность, должность): Основная профессия

22.2. Квалификация (класс, разряд, категория, звание): Квалификация

22.3. Стаж работы: Стаж

22.4. Выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности):

РаботаНаправлениеПрофессия1 РаботаНаправлениеСпециальность1

РаботаНаправлениеДолжность1

РаботаНаправлениеПрофессия2 РаботаНаправлениеСпециальность2

РаботаНаправлениеДолжность2

22.5. Условия и характер выполняемого труда:

УсловияТруда

22.6. Место работы (наименование организации):

МестоРаботыНаправление

22.7. Адрес места работы:

АдресМестаРаботыНаправление

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

23. Наблюдается в медицинской организации с 2019 года

24. Анамнез заболевания:

Анамнез

25. Анамнез жизни:

АнамнезЖизни

26. 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
1	24.09.2011	11.07.2015	Дней	Диагноз
2	25.10.2012	21.01.2013	12	Диагноз2

26.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН) ☒26.2. № ЭЛН: НомерЭЛН

27. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) № НомерИПРА к протоколу проведения медико-социальной экспертизы № НомерПМСЭ от "29" июля 2008 г. (нужное отметить):

27.1. <input checked="" type="checkbox"/> Восстановление нарушенных функций	27.1.1. <input type="checkbox"/> Полное	27.1.2. <input checked="" type="checkbox"/> Частичное	27.1.3. <input type="checkbox"/> Положительные результаты отсутствуют
27.2. <input checked="" type="checkbox"/> Достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	27.2.1. <input type="checkbox"/> Полное	27.2.2. <input type="checkbox"/> Частичное	27.2.3. <input checked="" type="checkbox"/> Положительные результаты отсутствуют

28. Антропометрические данные и физиологические параметры:

28.1. рост: <u>150</u>	28.2. вес: <u>80</u>	28.3. индекс массы тела: <u>44</u>
28.4. телосложение: <u>ТелосложениеКод</u> <u>ТелосложениеЗначение</u>	28.5. суточный объем физиологических отправок (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем: <u>12</u>)	28.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): <u>150 / 120</u>
28.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): <u>4,2</u>	28.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): <u>ФизическоеРазвитие</u>	

29. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу:

СостояниеЗдоровья

29.1. Жалобы гражданина на состояние своего здоровья:

Жалобы

30. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы:

№ п/п	Дата обследования	Код (при наличии)	Наименование обследования	Результат обследования
1	11.02.2003	ОбследованиеКод1	ОбследованиеЗначение1	Результат1
2	17.07.2007	ОбследованиеКод2	ОбследованиеЗначение2	Результат2

31. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

31.1. Основное заболевание: Наименование2 Наименование3

31.2. Код основного заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ): 2 3

31.3. Осложнения, вызванные основным заболеванием:

12: Наименование 12 ОсложнениеОсновногоЗаболевания

13: Наименование 13 ОсложнениеОсновногоЗаболевания

31.4. Сопутствующие заболевания:

Наименование 22 СопутствующиеЗаболевания

31.5. Коды сопутствующих заболеваний по МКБ: 22

31.6. Осложнения, вызванные сопутствующими заболеваниями:

Наименование 33 ОсложнениеСопутствующихЗаболеваний

32. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неясный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть)

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

34. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неясный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть)

35. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

РекомендуемыеМероприятия

35.1. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

Лекарственные препараты:

Лекарство1: Форма: Форма1, Дозировка: Дозировка1, Количество: Количество1, Кратность: Кратность1, с 11.12.2015 по 11.08.2014 ;

Лекарство2: Форма: Форма2, Дозировка: Дозировка2, Количество: Количество2, Кратность: Кратность2, с 12.02.2016 Бессрочно;

Медицинские изделия:

Наименование12

Наименование22

36. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

РеконструктивнаяХирургия

37. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию, техническим средствам реабилитации:

Протезирование

38. Санаторно-курортное лечение (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

Санаторий или курорт

39. Посторонний специальный медицинский уход (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

ПостороннийУход

40. Дата заполнения "Направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией" (день, месяц, год): "03" января 2017 г.

Председатель врачебной комиссии:

Хрущ И. В.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

Петров С. П.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Василевич Я. М.

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П. (при наличии)

Документ подписан
усиленной квалифицированной электронной
подписью.

Организация: string
Сертификат: string22
Кому выдан: string11 string12 string13
Издатель: string21
Действителен: с 12.08.2016 по 20.01.2011

Документ подписан
усиленной квалифицированной электронной
подписью.

Организация: string701
Сертификат: string72
Кому выдан: string801 string802 string803
Издатель: string71
Действителен: с 22.01.2016 по 21.10.2017