

Наименование0

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Застрахованный обязан выполнять рекомендации по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в сроки, установленные программой реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее - ПРП, пострадавший соответственно), проходить медицинские освидетельствования и переосвидетельствования в установленные учреждениями медико-социальной экспертизы сроки, а также по направлению страховщика (подпункт 3 пункта 2 статьи 16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" 1 (далее - Федеральный закон № 125-ФЗ)

ПРП № 131-132 от "13" декабря 2021 г.

к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина

в федеральном учреждении медико-социальной экспертизы

от "16" апреля 2020 " № 111.222.333/444.

Выдана взамен ПРП № 123123 от "22" января 2019 г.

Раздел I. Данные о пострадавшем

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Инвалидов Инвалид Инвалидович

2. Нуждаемость инвалида в оказании паллиативной медицинской помощи ☒ V

3. Дата рождения: день 04 месяц 05 год 2006

3. Возраст: 16

5. Пол: 5.1. ☒ мужской 5.2. ☐ женский

6. Гражданство:

6.1 ☐ гражданин
Российской
Федерации

6.2. ☐ гражданин иностранного
государства,
находящийся на
территории Российской
Федерации

6.3. ☐ лицо без гражданства,
находящееся на
территории Российской
Федерации

7. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации) (нужное отметить):

7.1. государство: Российская Федерация

7.2. индекс: 123456

7.3. субъект Российской Федерации: Регион2

7.4. район: Район

7.5. населенный пункт: ГородНаселенныйПункт

7.6. улица: Улица

7.7. дом/корпус/строение: Дом0 / Корпус0 / Строение0

7.8. квартира: Квартира0

7.9. этаж проживания:

8. Медицинская организации, направившая пострадавшего на медико-социальную экспертизу:

8.1 Наименование: Наименование1

8.2 Адрес: 123456 ГородНазвание г Улица ул 6

8.3 Основной государственный регистрационный номер (далее - ОГРН): ОГРН0

9. Место постоянной регистрации:

9.1. государство: Российская Федерация

9.2. индекс: 555555

9.3. субъект Российской Федерации: Регион адреса регистрации

9.4. район:

9.5. населенный пункт:

9.6. улица:

9.7. дом/корпус/строение: / /

9.8. квартира: 98

10. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

<input type="checkbox"/> 10.1. в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	10.1.1. адрес: _____	10.1.2. ОГРН: _____
<input type="checkbox"/> 10.2. в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	10.2.1. адрес: _____	10.2.2. ОГРН: _____
<input type="checkbox"/> 10.3. в исправительном учреждении	10.3.1. адрес: _____	10.3.2. ОГРН: _____
<input checked="" type="checkbox"/> 10.4. в иной организации	10.4.1. адрес: СтрокаАдреса	10.4.2. ОГРН: 123321
<input type="checkbox"/> 10.5. по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

11. Контактная информация:

11.1. контактные телефоны:

домашний 8121234567 мобильный 9257654321 мобильный 9038887766

11.2. адрес электронной почты: qqq@wwq.ru

12. Страховой номер индивидуального лицевого счета: 000-000-000 00

13. Документ, удостоверяющий личность пострадавшего (указать наименование документа):

Значение0 серия _____ № Номер0
кем выдан КемВыдан0 когда выдан 04.05.2006

14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя пострадавшего:

Имя Отчество

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя пострадавшего)

14.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя пострадавшего (указать наименование документа):

2727 серия _____ № 272727
кем выдан КемВыдан ДПП когда выдан 20.02.2020

14.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя пострадавшего (указать наименование документа):

7272 серия 0111 № 727272
кем выдан КемВыдан ДУЛ когда выдан 30.04.2020

14.3. страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя пострадавшего:

001-001-001 01

15. Общее образование:

15.1 начальное общее образование <input checked="" type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает	15.2 основное общее образование <input type="checkbox"/> имеет <input checked="" type="checkbox"/> получает	15.3 среднее общее образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает
---	--	--

16. Профессиональное образование:

<input type="checkbox"/> 16.1 не имеет		
16.2 среднее профессиональное образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает	16.3 высшее образование <input type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает	16.4 дополнительное профессиональное образование <input checked="" type="checkbox"/> имеет <input type="checkbox"/> получает
<input checked="" type="checkbox"/> 16.5 начальное профессиональное образование (полученное до 2012 г.)		

17. Профессия (специальность), квалификация (класс, разряд, категория, звание), стаж работы:

17.1. на момент наступления страхового случая (страховых случаев):

Профессия0 Квалификация0 5

17.2. после проведения профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования:

ПослеПрофОбучения

18. Работа, выполняемая на момент проведения медико-социальной экспертизы (должность, профессия (специальность), квалификация (класс, разряд, категория, звание), стаж работы по указанной должности, профессии (специальности):

Должность Профессия Специальность Квалификация Стаж

19. Место работы:

19.1 Наименование организации: Наименование

19.2 Адрес организации: СтрокаАдреса

19.3 ОГРН: ОГРН

20. Диагноз:

20.1 основное заболевание, обусловленное прямыми последствиями страхового случая (страховых случаев):

Наименование2

Наименование3

20.2. код основного заболевания по МКБ:

2

3

20.3. осложнения основного заболевания:

20.4. сопутствующие заболевания:

20.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ:

20.6. осложнения сопутствующих заболеваний:

20.7. вид и степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием:

нарушение психических функций: 22

нарушения, обусловленные физическим внешним уродством: 20%

21. Инвалидность:

21.1. первая группа ☐ 21.2. вторая группа ☒ 21.3. третья группа ☐

22. Причина инвалидности: **ЗначениеПричинаИнвалидности**

23. Инвалидность установлена на срок до **"22" января 2022** г.

24. Степень утраты профессиональной трудоспособности **111111** установлена на срок **2 месяца**

24.1. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: **15.11.2023**

24.2. степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, установленные по повторным страховым случаям, и даты, до которых они установлены (указываются все степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, установленные отдельно по каждому страховому случаю, и даты, до которых они установлены):

2222222, 3 месяца (по 15.12.2023) ;

24.3. дата очередного переосвидетельствования на предмет определения степени утраты профессиональной трудоспособности: **16.12.2023**

24.4. степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) за период, предшествовавший дню проведения медико-социальной экспертизы, **пропущенный период** (нужное подчеркнуть) в связи с **Забыл дату проведения** установлена с **12.01.2020** по **13.03.2020**

25. ПРП разработана:

☐ впервые ☐ повторно ☒ в период временной нетрудоспособности

26. ПРП разработана:

☒ с участием Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - страховщик)

Представитель Страховщика

(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность представителя (представителей) страховщика)

☐ без участия представителя страховщика

Раздел II. Заключение федерального учреждения медико-социальной экспертизы об определении нуждаемости пострадавшего в мероприятиях по реабилитации при наличии прямых последствий страхового случая страховых случаев)

27. Приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения

Лекарственные препараты для медицинского применения				Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
Наименование лекарственных препаратов для	Виды, формы лекарственных препаратов	Количество (дозировка), продолжительность приема	Кратность курсов лечения		Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей

медицинского применения		лекарственных препаратов				форму № 088/у
1	2	3	4	5	6	7
11	111	6 (1111)	2	с 13.01.2022 по 14.09.2022	22 от 13.12.2021	1234567

28. Приобретение медицинских изделий

Медицинские изделия		Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
Наименование медицинских изделий	Количество медицинских изделий		Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у
1	2	3	4	5
Наименование0	Количество0	с 13.01.2022 по 14.09.2022	23 от 14.12.2021	7654321
МедИзделиеЗначение1	Количество1	с 20.01.2020 по 21.09.2020	243 от 09.12.2020	1234567

29. Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение	Профиль	Сезон	Продолжительность курса лечения	Значение рекомендованного для лечения курорта	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
						Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у
1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	33	44 55	12 дн.	<input checked="" type="checkbox"/> местного значения <input checked="" type="checkbox"/> федерального значения	с 13.01.2022 по 14.09.2022	35 от 15.12.2021	7776555

30. Посторонний специальный медицинский уход за пострадавшим

Посторонний специальный медицинский уход за пострадавшим	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
		Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у
1	2	3	4
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	с 14.03.2022 по 15.09.2022	31 от 31.12.2021	5556777

31. Посторонний бытовой уход за пострадавшим

Посторонний бытовой уход за пострадавшим	
--	--

	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия
1	2
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	с 14.03.2022 бессрочно

32. Профессиональное обучение, получение дополнительного профессионального образования

Профессиональное обучение, получение дополнительного профессионального образования	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия
1	2
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается <input type="checkbox"/> Не нуждается	с 14.03.2022 по 15.09.2022

33. Заключение об условиях, при которых возможно продолжение выполнения профессиональной деятельности пострадавшим

- ☐ При снижении квалификации
☐ При уменьшении объема (тяжести) работ
☐ При снижении квалификации и уменьшении объема (тяжести) работ
☐ При изменении условий труда
☐ На специальном рабочем месте
☒ Невозможность продолжения выполнения профессиональной деятельности

34. Заключение по изменению условий труда для продолжения выполнения профессиональной деятельности пострадавшим

- ☐ Нуждается в дополнительных перерывах
☒ Доступна профессиональная деятельность в оптимальных, допустимых условиях труда

35. Заключение по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства пострадавшего

- ☒ с нарушениями зрения :

Некий текст 1

- ☐ с нарушениями слуха :

- ☐ с одновременным нарушением функции зрения и слуха :

- ☐ с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающегося с использованием кресла-коляски :

- ☒ с прочими нарушениями :

Некий текст 5

- ☐ не нуждается

36. Обеспечение техническими средствами реабилитации

Наименование технических средств реабилитации	Количество технических средств реабилитации	Единица измерения	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания для обеспечения техническим средством реабилитации
1	2	3	4	5
Значение11	11	ЕдИзмер11	с 11.12.2005 по 11.12.2006	Примечание11
Значение12	12	ЕдИзмер12	с 13.12.2005 по 14.12.2006	Примечание12

37. Изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов

Наименование протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационного мероприятия	Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания для изготовления протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов
1	2	3
Значение13	с 04.05.2006 по 04.05.2006	Номер ПРП 13
Значение14	с 04.05.2016 по 04.05.2016	Номер ПРП 14

38. Обеспечение транспортным средством

Наличие медицинских показаний к обеспечению транспортным средством	Тип управления транспортным средством (необходимая модификация)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных мероприятий	Номер ПРП, в которой впервые определены медицинские показания к обеспечению транспортным средством и отсутствие противопоказаний к вождению транспортного средства
1	2	3	4
<input checked="" type="checkbox"/> Имеются медицинские показания к обеспечению транспортным средством	Автомобиль с адаптированными органами управления без участия левой ноги	с 22.01.2021 по 23.01.2021	12

Согласно заключению медицинской организации, внесенному в форму N 003-В/у "Медицинское заключение серия **12** № **13** о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами" (далее - форма № 003/В/у):

Противопоказания к управлению транспортным средством:

☐ имеются ☒ отсутствуют

Медицинские показания к управлению транспортными средствами:

- ☐ с ручным управлением
- ☒ с автоматической трансмиссией
- ☐ оборудованным акустической парковочной системой
- ☐ с использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения

☐ с использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации слуха

Серия **12** № **13** формы № 003-В/у;

Дата выдачи формы № 003-В/у: **"29" декабря 2020** г.;

ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 003-В/у: **1234567**

39. Заключение о нуждаемости пострадавшего в сопровождении для получения отдельных видов мероприятий, связанных с реабилитацией

для получения медицинской помощи непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности, включая медицинскую реабилитацию

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

для санаторно-курортного лечения в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях)

☒ Нуждается

☐ Не нуждается

для получения транспортного средства

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

для заказа, примерки, получения, ремонта, замены протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов, технических средств реабилитации

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

для проведения освидетельствования (переосвидетельствования) федеральным учреждением медико-социальной экспертизы по направлению страховщика

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

для проведения экспертизы связи заболевания с профессией учреждением, осуществляющим такую экспертизу, по направлению страховщика

☒ Нуждается

☐ Не нуждается

III. Прогнозируемый результат проведения реабилитационных мероприятий

40. Восстановление нарушенных функций организма, обусловленных несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием:

☒ полностью

☐ частично

41. Достижение компенсации утраченных функций организма, обусловленных несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием:

☐ полностью

☒ частично

42. Восстановление возможности, способности пострадавшего продолжать выполнять профессиональную деятельность:

☐ полностью

☒ частично

ПРП действительна с "14" декабря 2021 г. по "14" декабря 2022 г.

Дата переосвидетельствования "15" декабря 2022 г.

Руководитель бюро (главного бюро,
Федерального бюро) медико-
социальной экспертизы (должностное
лицо, уполномоченное руководителем
бюро (главного бюро, Федерального
бюро))

М.П.

(подпись)

Подписантов П. П.

(фамилия, инициалы)