

Наименование БюроМСЭ

(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющегося филиалом главного бюро (главного бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящегося в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, главного бюро медико-социальной экспертизы, находящегося в ведении иных федеральных органов исполнительной власти), Федерального бюро медико-социальной экспертизы)

Наименование Организация 1; Наименование Организация 2;

(наименование и адрес медицинской организации, главного бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящегося в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, главного бюро медико-социальной экспертизы, находящегося в ведении иных федеральных органов исполнительной власти. Федерального бюро медико-социальной экспертизы, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, организации, осуществляющей деятельность по реабилитации и абилитации инвалидов, в которую направляется для исполнения программа дополнительного обследования гражданина)

ПРОГРАММА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ГРАЖДАНИНА

№ 11.22.333/4444

к протоколу проведения медико-социальной
экспертизы гражданина № Номер Протокола МСЭ от "04" мая 2006 г.

Раздел I. Общие данные о гражданине, в отношении которого проводится медико-социальная экспертиза

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): ФПолучатель ИПолучатель ОПолучатель

2. Дата рождения (день, месяц, год): "04" мая 2006

3. Возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): 55

4. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи ☒

5. Гражданин находится на лечении в стационаре в связи с ампутацией (реампутацией) конечности (конечностей), нуждается в первичном протезировании ☒

6. Пол: ☒ мужской ☐ женский

7. Гражданство:

☒ гражданин Российской Федерации ☐ гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации ☐ лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации

8. 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):

государство: Российская Федерация

почтовый индекс: 123456

субъект Российской Федерации: Регион Название0

район: Район Название2

наименование населенного пункта: Город Название3

улица: Улица Название6

дом/корпус/строение: Дом0 / Корпус0 / Строение0

квартира: Квартира0

9. Лицо без определенного места жительства ☐ (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

10. Контактная информация:

контактный номер телефона (при наличии): домашний _____ мобильный _____

адрес электронной почты (при наличии): _____

11. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 000-000-000 00

12. Документ, удостоверяющий личность:

наименование: Паспорт гражданина РФ

серия _____, № Номер1

кем выдан: КемВыдан0

дата выдачи (день, месяц, год): "04" мая 2006

13. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина (при наличии):

фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

дата рождения (день, месяц, год): " " 20

документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя:

наименование: Паспорт гражданина РФ

серия _____, № Номер2

кем выдан: Директором департамента

дата выдачи (день, месяц, год): "13" декабря 2007

документ, удостоверяющий личность:

наименование:

серия _____, №

кем выдан: _

дата выдачи (день, месяц, год): " " 20

контактный номер телефона (при наличии): домашний _____ мобильный _____

адрес электронной почты (при наличии): _____

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

наименование: ПредставительЮЛ

адрес: 00000000-0000-0000-0000-000000000000 123456 Регион Название0 Округ
Название1 Район Название2 Город Название3 ВнутригородскойРайон
Название4 НаселенныйПункт Название5 Улица Название6 Дом0
Строение0 Владение0 Корпус0 Квартира0

основной государственный регистрационный номер (ОГРН): 123123

Раздел II. Данные о проводимой медико-социальной экспертизе

14. Медико-социальная экспертиза проводится по направлению медицинской организации (органа, осуществляющего пенсионное обеспечение гражданина, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации, страховщика (территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации), страхователя (работодателя), по определению суда (судьи), по заявлению гражданина о проведении медико-социальной экспертизы (нужное подчеркнуть).

15. Дата проведения медико-социальной экспертизы (день, месяц, год): "14" мая 2016

16. Медико-социальная экспертиза осуществляется в целях:

16.1 <input checked="" type="checkbox"/>	16.2 <input type="checkbox"/>	16.3 <input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------	--

установления группы инвалидности	установления категории «ребенок-инвалид»	установления причины инвалидности
16.4 <input type="checkbox"/> установления времени наступления инвалидности	16.5 <input type="checkbox"/> установления срока инвалидности	16.6 <input type="checkbox"/> определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
16.7 <input type="checkbox"/> определения 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 (нужное подчеркнуть)	16.8 <input type="checkbox"/> определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации (нужное подчеркнуть)	16.9 <input type="checkbox"/> определения нуждаемости 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
16.10 <input type="checkbox"/> определения причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или 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	16.11 <input type="checkbox"/> разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	16.12 <input type="checkbox"/> разработки программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания
16.13 <input type="checkbox"/> выдачи дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (нужное подчеркнуть)	16.14 <input type="checkbox"/> выдачи новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина	16.15 <input checked="" type="checkbox"/> в иных целях, установленных законодательством Российской Федерации (указать): Иная цель

17. Дата вынесения решения о необходимости дополнительного обследования гражданина (день, месяц, год): **"15" мая 2016**

Раздел III. Мероприятия по дополнительному обследованию гражданина

18. Заключение о мероприятиях по дополнительному обследованию гражданина:

Наименование мероприятия	Исполнитель мероприятия
18.1 <input checked="" type="checkbox"/> Проведение дополнительного медицинского обследования, предусмотренного перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы	<input checked="" type="checkbox"/> Медицинская организация: Наименование-1.1, СтрокаАдреса-1.1 <small>(наименование, адрес)</small> Наименование-1.2, СтрокаАдреса-1.2 <small>(наименование, адрес)</small>

<p>18.2 <input checked="" type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, в целях уточнения степени выраженности стойких нарушений основных видов функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами :</p> <p><input type="checkbox"/> Психических функций</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Языковых и речевых функций</p> <p><input type="checkbox"/> Сенсорных функций</p> <p><input type="checkbox"/> Нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций</p> <p><input type="checkbox"/> Функций сердечно-сосудистой системы</p> <p><input type="checkbox"/> Функций дыхательной системы</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Функций пищеварительной системы</p> <p><input type="checkbox"/> Функций эндокринной системы и метаболизма</p> <p><input type="checkbox"/> Функций системы крови и иммунной системы</p> <p><input type="checkbox"/> Функций мочевыделительной системы</p> <p><input type="checkbox"/> Функций кожи и связанных с ней систем</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Нарушений, обусловленных физическим внешним уродством</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>Наименование-2.1, СтрокаАдреса-2.1 (наименование, адрес)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>Наименование-2.2, СтрокаАдреса-2.2 (наименование, адрес)</p>
<p>18.3 <input checked="" type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий в целях уточнения степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности :</p> <p><input type="checkbox"/> Способности к самообслуживанию</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Способности к самостоятельному передвижению</p> <p><input type="checkbox"/> Способности к ориентации</p> <p><input type="checkbox"/> Способности к общению</p> <p><input type="checkbox"/> Способности контролировать свое поведение</p> <p><input type="checkbox"/> Способности к обучению</p> <p><input type="checkbox"/> Способности к трудовой деятельности</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>Наименование-3.2, СтрокаАдреса-3.2 (наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов:</p> <p>Наименование-3.4, СтрокаАдреса-3.4 (наименование, адрес)</p>

<p>18.4 <input type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий для уточнения состояния основных компонентов социального статуса гражданина :</p> <p><input type="checkbox"/> Социально-средового статуса</p> <p><input type="checkbox"/> Социально-бытового статуса</p> <p><input type="checkbox"/> Социально-психологического статуса</p> <p><input type="checkbox"/> Социально-педагогического статуса</p> <p><input type="checkbox"/> Профессионального статуса</p>	<p><input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p>
<p>18.5 <input type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий для уточнения состояния реабилитационного и/или абилитационного потенциала и реабилитационного и/или абилитационного прогноза :</p> <p><input type="checkbox"/> Состояния реабилитационного и/или абилитационного потенциала</p> <p><input type="checkbox"/> Состояния реабилитационного и/или абилитационного прогноза</p>	<p><input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p>
<p>18.6 <input type="checkbox"/> Проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности гражданина</p>	<p><input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере занятости:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p>
<p>18.7 <input type="checkbox"/> Проведение обследования социально-бытового положения гражданина</p>	<p><input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p>
<p>18.8 <input type="checkbox"/> Запрос заключения психолого-медико-педагогической комиссии о рекомендуемых условиях обучения</p>	<p><input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p> <p><input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование, адрес)</p>
<p>18.9 <input type="checkbox"/> Запрос выписки из протокола (карты) патолого-анатомического исследования</p>	<p><input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения:</p> <p>_____</p>

	<div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div> <input type="checkbox"/> Медицинская организация: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div>
18.10 <input checked="" type="checkbox"/> Иное мероприятие (указать): <div style="text-align: center;">Что-то иное указали</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>	<div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div> <input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div> <input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div> <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div> <input checked="" type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере физической культуры и спорта: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right;"><small>(наименование, адрес)</small></div>

19. Дата выдачи/отправки (нужное подчеркнуть) гражданину (его законному или уполномоченному представителю) программы дополнительного обследования гражданина (день, месяц, год):

"29" сентября 2016

20. Дата получения согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на дополнительное обследование, предусмотренное программой дополнительного обследования

гражданина (день, месяц, год): " " 20

21. Дата получения отказа, неподписанного согласия (нужное подчеркнуть) гражданина (его законного или уполномоченного представителя) от дополнительного обследования, предусмотренного программой дополнительного обследования гражданина (день, месяц, год):

"14" октября 2016

22. Дата направления программы дополнительного обследования гражданина исполнителю (исполнителям) мероприятия (мероприятий) по дополнительному обследованию (день, месяц, год):

"04" мая 2006

Должность		Хут М.И.
<small>(должность)</small>	<small>(подпись)</small>	<small>(расшифровка подписи, фамилия, имя, отчество (при наличии))</small>

Дата (день, месяц, год): **"28" февраля 2015 г.**