

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, места фактического проживания на территории Российской Федерации) (нужное подчеркнуть):

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: 4

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:

9.2. индекс:

9.3. субъект Российской Федерации:

9.4. район:

9.5. населенный пункт:

9.6. улица:

9.7. дом/корпус/строение: / /

9.8. квартира:

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):

серия 0111 № 727272

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 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 (до 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 пенсионного и 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 реабилитации онного мероприятия	Заключение врачебной комиссии медицинской организации	
Наименование лекарственных препаратов для медицинского применения	Виды, формы лекарственных препаратов	Количество (дозировка), продолжительность приема лекарственных препаратов	Кратность курсов лечения		Номер и дата протокола	ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 088/у
1	2	3	4	5	6	7
11	111	6 (1111)	2	с 13.01.2022 до 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 до 14.09.2022	23 от 14.12.2021	7654321
МедИзделиеЗначение1	Количество1	с 20.01.2020 до 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 до 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 до 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 до 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		Примечание11

			с 11.12.2005 до 11.12.2006	
Значение12	12	ЕдИзмер12	с 13.12.2005 до 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 до 04.05.2006	Номер ПРП 13
Значение14	с 04.05.2016 до 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 до 23.01.2021	12

Согласно заключению медицинской организации, внесенному в форму N 003-B/y "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-B/y):

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-B/y;

Дата выдачи формы № 003-B/y: "29" декабря 2020 г.;

ОГРН медицинской организации, выдавшей форму № 003-B/y: 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

☐ 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)

Документ подписан
усиленной квалифицированной электронной
подписью.

Организация: string
Сертификат: string
Кому выдан: string string string
Издатель: string
Действителен: с 10.08.2003 по 17.11.2010