

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 31 января 2007 г. N 77**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ
НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.10.2009 N 853н)

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 9, ст. 1018) приказываю:

Утвердить форму N 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь" согласно приложению.

Министр
М.Ю.ЗУРАБОВ

Приложение
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 31 января 2007 г. N 77

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.10.2009 N 853н)

Медицинская документация

Форма N 088/у-06

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. Исключен.

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

_____ (заполняется при повторном направлении)

9. Направляется первично, 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	Ди-аг-ноз

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: _____

г) 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 утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-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 (ребенка-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: _____

КонсультантПлюс: примечание.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.08.2005 N 535 утратил силу в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 N 1013н, утвердившего новые Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

-
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);
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.
