
(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(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 _____ от "___" _____ 20__ 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. ☐ Установление группы инвалидности	5.2. ☐ Установление категории "ребенок-инвалид"	5.3. ☐ Установление причин инвалидности
5.4. ☐ Установление времени наступления	5.5. ☐ Установление срока инвалидности	5.6. ☐ Определение степени утраты

инвалидности		профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. ☐ 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. ☐ Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации	5.9. ☐ Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации
5.10. ☐ Разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. ☐ 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):

7. Дата рождения (день, месяц, год): "___" _____ г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): _____

8. Пол (нужное отметить):

8.1. ☐ Мужской	8.2. ☐ Женский
---------------------------------------	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. ☐ Гражданин Российской Федерации	9.2. ☐ Гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. ☐ Лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. ☐ Гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. ☐ Гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. ☐ Гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. ☐ Гражданин, не состоящий на воинском учете

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

11.1. Государство: _____

11.2. Почтовый индекс: _____

11.3. Субъект Российской Федерации: _____

11.4. Район: _____

11.5. Наименование населенного пункта: _____

11.6. Улица: _____

11.7. Дом (корпус, строение): _____

11.8. Квартира: _____

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

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. ☐ В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. Адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____
13.2. ☐ В организации социального обслуживания, оказывающей социальные	13.2.1. Адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____ _____

услуги в стационарной форме социального обслуживания	_____	
13.3. ☐ В исправительном учреждении	13.3.1. Адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____
13.4. ☐ Иная организация	13.4.1. Адрес организации: _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____ _____
13.5. ☐ По месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. Номера телефонов: _____

14.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

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

СНИЛС: _____ - _____ - _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии):

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. Наименование: _____

16.2. Серия _____, номер _____

16.3. Кем выдан: _____

16.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.

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

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

17.1.1. Дата рождения (день, месяц, год): "___" _____ г.

17.2. Документ, удостоверяющий полномочия законного или уполномоченного представителя: _____

17.2.1. Наименование: _____

17.2.2. Серия _____, номер _____

17.2.3. Кем выдан: _____

17.2.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.

17.3. Документ, удостоверяющий личность:

17.3.1. Наименование: _____

17.3.2. Серия _____, номер _____

- 17.3.3. Кем выдан: _____
- 17.3.4. Дата выдачи (день, месяц, год): " __ " _____ г.
- 17.4. Контактная информация:
- 17.4.1. Номера телефонов: _____
- 17.4.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____
- 17.5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____ - _____ - _____
- 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. ☐ Первично	18.2. ☐ 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 " __ " _____ 20__ г.
- 19.2. Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное отметить):

19.2.1. ☐ личным присутствием (очно)	19.2.2. ☐ без личного присутствия (заочно)
---	---

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

19.3.1. ☐ по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений	19.3.2. ☐ в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением	19.3.3. ☐ 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. ☐ Первая группа	20.1.2. ☐ Вторая группа	20.1.3. ☐ Третья группа	20.1.4. ☐ Категория "ребенок-инвалид"
--	--	--	--

20.2. Дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) " __ " _____ 20__ г.

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

20.3.1. ☐ Один год	20.3.2. ☐ Два года	20.3.3. ☐ Три года	20.3.4. ☐ Четыре и более лет
---	---	---	---

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

20.4.1. ☐ Общее заболевание	20.4.2. ☐ Трудовое увечье	20.4.3. ☐ Профессиональное заболевание	20.4.4. ☐ Инвалидность с детства
20.4.5. ☐ Инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов	20.4.6. ☐ Военная травма	20.4.7. ☐ Заболевание получено в период военной службы	20.4.8. ☐ Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
20.4.9. ☐ Заболевание связано	20.4.10. ☐ Заболевание,	20.4.11. ☐ Заболевание связано	20.4.12. ☐ Заболевание,

с катастрофой на Чернобыльской АЭС	полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	с аварией на производственном объединении "Маяк"	полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк"
20.4.13. ☐ Заболевание связано с последствиями радиационных воздействий	20.4.14. ☐ Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	20.4.15. ☐ Заболевание (ранение, контузия, увечье), 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	20.4.16. ☐ Инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), 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. ☐ Иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____	20.4.18. Причины инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): _____ _____ _____		

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

20.6. Срок, на который установлена степень утраты профессиональной

трудоспособности в процентах: _____

20.7. Дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): " __ " _____ 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:

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

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

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

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

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

22.1. Основная профессия (специальность, должность):

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

22.3. Стаж работы: _____

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

22.5. Условия и характер выполняемого труда:

22.6. Место работы (наименование организации): _____

22.7. Адрес места работы: _____

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

23. Наблюдается в медицинской организации с ____ года

24. Анамнез заболевания:

25. Анамнез жизни:

[illegible]

N п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

26.2. N ЭЛН:

27.1. ☐	27.1.1. ☐ Полное	27.1.2. ☐	27.1.3. ☐
--------------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------

Восстановление нарушенных функций		Частичное	Положительные результаты отсутствуют
27.2. ☐ Достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	27.2.1. ☐ Полное	27.2.2. ☐ Частичное	27.2.3. ☐ Положительные результаты отсутствуют

28. Антропометрические данные и физиологические параметры:

28.1. Рост: _____	28.2. Вес: _____	28.3. Индекс массы тела: _____
28.4. Телосложение: _____	28.5. Суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____	28.6. Объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____/_____
28.7. Масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____		28.8. Физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____

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

29.1. Жалобы гражданина на состояние своего здоровья:

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

N п/п	Дата обследования	Код (при наличии)	Наименование обследования	Результат обследования

31. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

31.1. Основное заболевание:

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

31.3. Осложнения, вызванные основным заболеванием:

31.4. Сопутствующие заболевания:

31.5. Коды сопутствующих заболеваний по МКБ:

31.6. Осложнения, вызванные сопутствующими заболеваниями:

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

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

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

35. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

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):

36. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

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

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

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

40. Дата заполнения "Направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией" (день, месяц, год): " __ " _____ 20__ г.

Председатель врачебной
комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)