|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Приложение к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от 1 февраля 2021 г. N 27н/36н  Медицинская документация. Форма N« 088/у | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| «OrganizationName» | | | |
| Наименование медицинской организации | | | |
|  | |  | |
| «OrganizationAddress» | | | |
| Адрес медицинской организации | | | |
|  | |  | |
| «OrganizationOGRN» | | | |
| 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: № «DocumentNumber» от «DocumentDate» 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 нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи). | | | |
| 5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): | | | |
| 5.1.  Установление группы инвалидности | 5.2.  Установление категории "ребенок-инвалид" | | 5.3.  Установление причины инвалидности |
| 5.4.  Установление времени наступления инвалидности | 5.5.  Установление срока инвалидности | | 5.6.  Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
| 5.7.  Определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации; сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации | 5.8.  Установление времени наступления инвалидности | | 5.9.  Установление времени наступления инвалидности |
| 5.10.  Установление времени наступления инвалидности |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Раздел I. Данные о гражданине | | | | | | | | | | |
| 6. Фамилия, имя, отчество (при наличии):  «PatientFIO» | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 7. Дата рождения (день, месяц, год): «PatientBirthdate» г.:  возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев):  «PatientAge» | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |
| 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 гражданинне 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 услуги в стационарной форме социального обслуживания | | | | | | | | | | | | 13.2.1. Адрес организации социального обслуживания: | | | | | | | | | | | | | 13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: | |
| 13.3.  В исправительном учреждении | | | | | | | | | | | | 13.3.1. Адрес исправительного учреждения: | | | | | | | | | | | | | 13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: | |
| 13.3.  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): | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 17.1.1. Дата рождения (день, месяц, год): | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 17.2. Документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17.2.1. Наименование: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17.2.2. Серия | | |  | | | | | | | , номер | | | |  | | | | | |
| 17.2.3. Кем выдан: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17.2.4. Дата выдачи (день, месяц, год): | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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): | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.1. Наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.1.1 Первая  группа | | | | | | | | | 19.1.2. Вторая  группа | | | | | | | | | | 19.1.3. Третья  группа | | | | | | | 19.1.4 Категория  ребенок-инвалид |
| 19.2. Дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 19.3. Период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.3.1 Один год | | | | | | | | | 19.3.2 Два года | | | | | | | | | | 19.3.3 Три года | | | | | | | 19.3.4 Четыре и  более лет |
| 19.4. Причина инвалидности, имеющаяся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.4.1 Общее  заболевание | | | | | | | | | 19.4.2  Инвалидность с детства | | | | | | | | | | 19.4.3  Профессиональное заболевание | | | | | | | 19.4.4 Трудовое  увечье |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 19.4.5 Военная  травма | | 19.4.6 Заболевание  получено в период  военной службы | 19.4.7 Заболевание,  полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской атомной электростанции (далее - АЭС) | | 19.4.8 Заболевание  радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС |
| 19.4.9  Заболевание связано с  катастрофой на Чернобыльской АЭС | | 19.4.10  Заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк» | 19.4.11  Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк" | | 19.4.12  Заболевание связано с последствиями радиационных воздействий |
| 19.4.13  Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска | | 19.4.14  Инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 годов | 19.4.15  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 | | 19.4.16 Иные  причины, предусмотренные законодательством Российской Федерации (указать): |
| 19.4.17. Причины инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): | | | | | |
| 19.5. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: | | | | | |
| 19.6. Срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: | | | | | |
| 19.7. Дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): | | | | | |
| 19.8. Степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены: | | | | | |
| 20. Сведения о получении образования (при получении образования): | | | | | |
| 20.1. Наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: | | | | | |
| 20.2. Курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): | | | | | |
| 20.3. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: | | | | | |
| 21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности): | | | | | |
| 21.1. Основная профессия (специальность, должность): | | | |  | |
| 21.2. Квалификация (класс, разряд, категория, звание): | | | | | |
| 21.3. Стаж работы: |  | | | | |
| 21.4. Выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности): | | | | | |
| 21.5. Условия и характер выполняемого труда: | | | | | |
| 21.6. Место работы (наименование организации): | | | | | |
| 21.7. Адрес места работы: | | | | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |