

Медицинская документация  
Форма № 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).

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»)

---

\* Не позднее одного месяца со дня выдачи настоящего направление может быть представлено гражданином (его законным представителем) в филиал  
главного бюро медико-социальной экспертизы — бюро медико-социальной экспертизы.

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, познавательной-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	Диагноз



---

---

---

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.

-----  
Л и н и я   о т р е з а

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 № \_\_\_\_\_ медико-социальной экспертизы

4. Диагноз федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:

а) код основного заболевания по МКБ: \_\_\_\_\_

б) основное заболевание: \_\_\_\_\_

в) сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

в) осложнения: \_\_\_\_\_

5. Виды нарушений функций организма и степень их выраженности (согласно классификациям, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. № 535 (зарегистрирован в Минюсте России 13 сентября 2005 г. № 6998):

---

---

---

---

---

6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности (согласно классификациям и критериям, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. № 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.