

**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. Степень ограничения способности к трудовой деятельности: \_\_\_\_\_  
(заполняется при повторном направлении)

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: \_\_\_\_\_  
(заполняется при повторном направлении)

9. Направляется впервые, 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):

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

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,



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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Нумерация приводится в соответствии с источником*

в) 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 ограничения способности к трудовой деятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации 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, 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: \_\_\_\_\_

*Нумерация приводится в соответствии с источником*

в) осложнения: \_\_\_\_\_

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); определена первая, вторая, третья степень ограничения способности к трудовой деятельности (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.