

Приложение  
к приказу Министерства труда и  
социальной защиты Российской  
Федерации  
и  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н  
Мед. документация Форма № 088/у

**ГБУЗ "Раменская РБ"**

(наименование медицинской организации)

**Московская область, Раменский район, Первомайский, Спортивная 5**

(адрес медицинской организации)

**342672968326**

(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:  
протокол № \_\_\_\_\_ 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. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.
5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

5.1. <input checked="" type="checkbox"/> установление группы инвалидности	5.2. <input type="checkbox"/> установление категории "ребенок-инвалид"	5.3. <input type="checkbox"/> установление причины инвалидности
5.4. <input type="checkbox"/> установление времени наступления инвалидности	5.5. <input type="checkbox"/> установление срока инвалидности	5.6. <input type="checkbox"/> определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. <input type="checkbox"/> установление времени наступления инвалидности	5.8. <input type="checkbox"/> установление срока инвалидности	5.9. <input type="checkbox"/> определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее - АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством

		Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки
5.10. <input type="checkbox"/> разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input type="checkbox"/> разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. <input type="checkbox"/> выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. <input type="checkbox"/> выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. <input type="checkbox"/> иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____	

### Раздел I. Общие данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Северова Наталья Ивановна

7. Дата рождения (день, месяц, год): " 24 " марта 1961 г.

возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев):  
57 год

8. Пол (нужное отметить):

8.1. <input type="checkbox"/> мужской	8.2. <input checked="" type="checkbox"/> женский
---------------------------------------	--

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. <input checked="" type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	9.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
---	--	--

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. <input type="checkbox"/> гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. <input type="checkbox"/> гражданин, поступающий на воинской учет	10.4. <input checked="" type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете

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

11.1. государство: Российская Федерация

11.2. почтовый индекс: 461970

11.3. субъект Российской Федерации: Оренбургская

11.4. район: Ивейский

11.5. наименование населенного пункта: Самарский

11.6. улица: Заовражская

11.7. дом (корпус, строение): 3

11.8. квартира: 1

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

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. <input type="checkbox"/> в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____
13.2. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____
13.4. <input type="checkbox"/> иная организация	13.4.1. адрес организации _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____
13.5. <input checked="" type="checkbox"/> по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов: +79222859855

14.2. адрес электронной почты (при наличии): нет

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 070-370-456 32

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование: Паспорт гражданина РФ

16.2. серия 5633, номер 719287

16.3. кем выдан: Отделом УФМС России по Оренбургской области

16.4. дата выдачи (день, месяц, год): "13" января 2010 г.

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

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Домнин Александр Николаевич

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя:

17.2.1. наименование: паспорт

17.2.2. серия 5303, номер 234565

17.2.3. кем выдан: \_\_\_\_\_

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): "04" декабря 2002 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: 89328490409

17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): нет

17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 041-148-642 24

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. <input type="checkbox"/> первично	18.2. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> первая группа	19.1.2. <input checked="" type="checkbox"/> вторая группа	19.1.3. <input type="checkbox"/> третья группа	19.1.4. <input type="checkbox"/> категория ребенок-инвалид
--	---	--	--

19.2. дата, до которой установлена инвалидность " 01 " ноября 20 18 г.

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

19.3.1. <input checked="" type="checkbox"/> один год	19.3.2. <input type="checkbox"/> два года	19.3.3. <input type="checkbox"/> три года	19.3.4. <input type="checkbox"/> четыре и более лет
--	---	---	---

19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.4.1. <input checked="" type="checkbox"/> общее заболевание	19.4.2. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства	19.4.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание	19.4.4. <input type="checkbox"/> трудовое увечье
19.4.5. <input type="checkbox"/> военная травма	19.4.6. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы	19.4.7. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.10. <input type="checkbox"/> заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.11. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.12. <input type="checkbox"/> заболевание связано с последствиями радиационных воздействий

19.4.13. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.4.14. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941-1945 годов	19.4.15. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.4.17. формулировки причин 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: \_\_\_\_\_

19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности (день, месяц, год): " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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):

***уборщица***

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание):

21.3. стаж работы: ***30 лет***

21.4. выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с

указанием профессии (специальности, должности):

**рабочая**

21.5. условия и характер выполняемого труда:

21.6. место работы (наименование организации):

**нет**

21.7. адрес места работы:

**не работает**

## Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

22. Наблюдается в медицинской организации с **2004** года.

23. Анамнез заболевания:

**За межкомиссионный период специального стационарного лечения не получала.**

**Консультирована у окулиста. Выявлено осложнение сахарного диабета -**

**непролиферативная диабетическая ретинопатия ОУ. Регулярно проходит**

**диспансерное наблюдение у эндокринолога, терапевта. Получает сахароснижающую**

**терапию: гларгин п/кожно по 20 Ед в 22:00. Ведет самоконтроль уровня глюкозы**

**крови по глюкометру, регулярно проходит обследования в рамках оказания**

**специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом.**

24. Анамнез жизни:

25. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

№ п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН)

25.2. № ЭЛН: \_\_\_\_\_

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) № \_\_\_\_\_ к протоколу проведения медико-социальной

экспертизы № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. (нужное отметить):

26.1. <input type="checkbox"/> восстановление нарушенных функций	26.1.1. <input type="checkbox"/> полное	26.1.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.1.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют
--	---	--	---

26.2. достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	26.2.1. полное	26.2.2. частичное	26.2.3. положительные результаты отсутствуют
--	----------------	-------------------	--

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: <u>165</u>	27.2. вес: <u>78</u>	27.3. индекс массы тела: <u>29.0 - избыточная масса тела</u>
27.4. телосложение: <u>нормостеническое</u>	27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): <u>1200</u>	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): <u>122 / 140</u>
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	

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

**Жалобы на периодическую сухость во рту, слабость, снижение остроты зрения.**

**Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Т 36,6. Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые розовые. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягкая, безболезненна, однородна. В легких дыхание везикулярное, симметричное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 78 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление 160/85 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный. Печень по краю реберной дуги. Край печени плотно-эластической консистенции, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул редкий. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Культия правой н/конечности на уровне с/з бедра. Левая голень умеренно отечная, безболезненна.**

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы:

**Флюорография от 25.06.2018: возрастные изменения, деформация сог, сколиоз.**

**ЭКГ от 12.10.2018: Синусовый ритм. Гипертрофия левого желудочка с нарушением процесса реполяризации.**

**ОАК от 05.12.2018: Нь 164г/л, лейкоц 5,6\*10<sup>9</sup>/л, с 60, л 37, м 3, СОЭ 2мм/ч**

**ОАМ от 04.12.2018: желтый, сл мут, плотность 1016, белок 0,033, лейкоц 3-4, эритроц ед**

**Биохимический анализ крови от 04.12.2018: мочевины 6,0ммоль/л, креатинин 69ммоль/л, холестерин общий 7,7ммоль/л, глюкоза 11,6ммоль/л, АЛТ 22, АсАТ 21**

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание:

**Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA1C менее 7,5%**

**Диабетическая микроангиопатия: непролиферативная диабетическая ретинопатия**

**ОУ. Диабетическая полинейропатия. Сенсорная форма. Синдром диабетической**

**стопы. Ампутационная культия с/з правого бедра (от 28/08/2017 г.).**

30.2. код основного заболевания по МКБ: E11.7

30.3. осложнения основного заболевания:

**Диабетическая микроангиопатия: непролиферативная диабетическая ретинопатия**

**ОУ. Диабетическая полинейропатия. Сенсорная форма. Синдром диабетической стопы. Ампутационная культя с/з правого бедра (от 28/08/2017 г.).**

30.4. сопутствующие заболевания:

**Артериальная гипертония II ст. ВР.**

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: **III.9**

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний:

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

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

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

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

**1) плановое стационарное лечение в отделении эндокринологии ОКБ 1-2 раза в год и по показаниям;**

**2) санаторно-курортное лечение 1 раз в год;**

**3) наблюдение у эндокринолога по месту жительства 1 раз в 3 месяца;**

**4) стол № 9 не более 15-16 ХЕ;**

**5) инсулин гларгин п/кожно по 20 Ед в 22:00;**

**6) препараты липоевой кислоты курсами 2 раза в год;**

**7) самоконтроль углеводного обмена не реже 4-х раз в день;**

**8) контроль HbA1C 1 раз в 3 месяца;**

**9) наблюдение у хирурга, окулиста, невролога, терапевта по месту жительства;**

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

Председатель врачебной комиссии

(подпись)

***Нечаева К.С.***

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись)

***Смирнова Т.Г.***

(расшифровка подписи)

(подпись)

***Мухина Р.В.***

(расшифровка подписи)

(подпись)

***Галанова Н.К.***

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.