

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ  
от 31 января 2007 г. N 77**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ  
НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,  
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 9, ст. 1018) приказываю:

Утвердить форму N 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь" согласно приложению.

Министр  
М.Ю.ЗУРАБОВ

Приложение  
к Приказу  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 31 января 2007 г. N 77

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 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")

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):

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, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, а также сроки, в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют):

---



---



---



---



---



---

23. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей):

---



---



---



---



---

24. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):

---



---



---



---



---

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: \_\_\_\_\_

---

---

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

---

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: \_\_\_\_\_

---

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

- 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.

\_\_\_\_\_