

Приложение № 1
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 30 сентября 2022 г. № 326н

(Форма)

(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющегося филиалом главного бюро (главного бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящегося в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, главного бюро медико-социальной экспертизы, находящегося в ведении иных федеральных органов исполнительной власти), Федерального бюро медико-социальной экспертизы)

(наименование и адрес медицинской организации, главного бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящегося в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, главного бюро медико-социальной экспертизы, находящегося в ведении иных федеральных органов исполнительной власти, Федерального бюро медико-социальной экспертизы, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, организации, осуществляющей деятельность по реабилитации и абилитации инвалидов, в которую направляется для исполнения программа дополнительного обследования гражданина)

Программа дополнительного обследования гражданина

№ /

к протоколу проведения медико-социальной
экспертизы гражданина № от « » 20 г. № /

Раздел I. Общие данные о гражданине, в отношении которого проводится медико-социальная экспертиза

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
2. Дата рождения (день, месяц, год): « » _____ г.
3. Возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): _____
4. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи
5. Гражданин находится на лечении в стационаре в связи с ампутацией (реампутацией) конечности (конечностей), нуждается в первичном протезировании
6. Пол: мужской женский
7. Гражданство: _____

гражданин
Российской
Федерации

граждан
иностранного
государства,
находящийся на
территории Российской
Федерации

лицо без
гражданства,
находящееся на
территории
Российской
Федерации

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

государство: _____

почтовый индекс: _____

субъект Российской Федерации: _____

район: _____

наименование населенного пункта: _____

улица: _____

дом/корпус/строение): _____ / _____ / _____

квартира: _____

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

10. Контактная информация:

контактный номер телефона (при наличии): домашний _____ мобильный _____

адрес электронной почты (при наличии) _____

11. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____ - ____ - ____

12. Документ, удостоверяющий личность:

наименование: _____

серия _____, номер _____

кем выдан: _____

дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

13. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина (при наличии):

фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

дата рождения (день, месяц, год): «__» _____ г.

документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя:

наименование: _____

серия _____, номер _____

кем выдан: _____

дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

документ, удостоверяющий личность:

наименование: _____

серия _____, номер _____

кем выдан: _____

дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

контактный номер телефона (при наличии): домашний _____ мобильный _____

адрес электронной почты (при наличии) _____

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____ - ____ - ____

сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

наименование: _____

адрес: _____

основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____

Раздел II. Данные о проводимой медико-социальной экспертизе

14. Медико-социальная экспертиза проводится по направлению медицинской организации (органа, осуществляющего пенсионное обеспечение гражданина, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации, страховщика (территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации), страхователя (работодателя), по определению суда (судьи), по заявлению гражданина о проведении медико-социальной экспертизы (нужное подчеркнуть).

15. Дата проведения медико-социальной экспертизы (день, месяц, год): «__» _____ г.

16. Медико-социальная экспертиза осуществляется в целях:

16.1. <input type="checkbox"/> установления группы инвалидности	16.2. <input type="checkbox"/> установления категории «ребенок-инвалид»	16.3. <input type="checkbox"/> установления причины инвалидности
16.4. <input type="checkbox"/> установления времени наступления инвалидности	16.5. <input type="checkbox"/> установления срока инвалидности	16.6. <input type="checkbox"/> определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
16.7. <input type="checkbox"/> определения стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации, лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции (нужное подчеркнуть)	16.8. <input type="checkbox"/> определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации (нужное подчеркнуть)	16.9. <input type="checkbox"/> определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации
16.10. <input type="checkbox"/> определения причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или 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	16.11. <input type="checkbox"/> разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	16.12. <input type="checkbox"/> разработки программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания
16.13. <input type="checkbox"/> выдачи дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (нужное подчеркнуть)	16.14. <input type="checkbox"/> выдачи новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина	16.15. <input type="checkbox"/> в иных целях, установленных законодательством Российской Федерации (указать): _____

17. Дата вынесения решения о необходимости дополнительного обследования гражданина (день, месяц, год):

«__» _____ г.

Раздел III. Мероприятия по дополнительному обследованию гражданина

18. Заключение о мероприятиях по дополнительному обследованию гражданина:

Наименование мероприятия	Исполнитель мероприятия
18.1. <input type="checkbox"/> Проведение дополнительного медицинского обследования, предусмотренного перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы ¹	<input type="checkbox"/> Медицинская организация: _____ (наименование, адрес)
18.2. <input type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, в целях уточнения степени выраженности стойких нарушений основных видов функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами: <input type="checkbox"/> Психических функций <input type="checkbox"/> Языковых и речевых функций <input type="checkbox"/> Сенсорных функций <input type="checkbox"/> Нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций <input type="checkbox"/> Функций сердечно-сосудистой системы <input type="checkbox"/> Функций дыхательной системы <input type="checkbox"/> Функций пищеварительной системы <input type="checkbox"/> Функций эндокринной системы и метаболизма <input type="checkbox"/> Функций системы крови и иммунной системы <input type="checkbox"/> Функций мочевыделительной системы <input type="checkbox"/> Функций кожи и связанных с ней систем <input type="checkbox"/> Нарушений, обусловленных физическим внешним уродством	<input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы: _____ (наименование, адрес)
18.3. <input type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий в целях уточнения степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности: <input type="checkbox"/> Способности к самообслуживанию <input type="checkbox"/> Способности к самостоятельному передвижению <input type="checkbox"/> Способности к ориентации <input type="checkbox"/> Способности к общению <input type="checkbox"/> Способности контролировать свое поведение <input type="checkbox"/> Способности к обучению	<input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в

¹ Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июня 2021 г. № 402н/631н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64450).

<input type="checkbox"/> Способности к трудовой деятельности	сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов: <hr/> (наименование, адрес)
18.4. <input type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий для уточнения состояния основных компонентов социального статуса гражданина: <input type="checkbox"/> Социально-средового статуса <input type="checkbox"/> Социально-бытового статуса <input type="checkbox"/> Социально-психологического статуса <input type="checkbox"/> Социально-педагогического статуса <input type="checkbox"/> Профессионального статуса	<input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы: <hr/> (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы: <hr/> (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов: <hr/> (наименование, адрес)
18.5. <input type="checkbox"/> Проведение специальных (сложных специальных) видов обследования (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием специального диагностического оборудования, а также специальных методик и технологий для уточнения состояния реабилитационного и/или абилитационного потенциала и реабилитационного и/или абилитационного прогноза: <input type="checkbox"/> Состояния реабилитационного и/или абилитационного потенциала <input type="checkbox"/> Состояния реабилитационного и/или абилитационного прогноза	<input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы: <hr/> (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы: <hr/> (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов: <hr/> (наименование, адрес)
18.6. <input type="checkbox"/> Проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности гражданина	<input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере занятости: <hr/> (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов: <hr/> (наименование, адрес)
18.7. <input type="checkbox"/> Проведение обследования социально-бытового положения гражданина	<input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения: <hr/> (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов:

	_____ (наименование, адрес)
18.8. <input type="checkbox"/> Запрос заключения психолого-медико-педагогической комиссии о рекомендуемых условиях обучения	<input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов: _____ (наименование, адрес)
18.9. <input type="checkbox"/> Запрос выписки из протокола (карты) патолого-анатомического исследования	<input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Медицинская организация: _____ (наименование, адрес)
18.10. <input type="checkbox"/> Иное мероприятие (указать): _____	<input type="checkbox"/> Главное бюро медико-социальной экспертизы: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Федеральное бюро медико-социальной экспертизы: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Организация (кроме медицинской организации), осуществляющая деятельность в сфере реабилитации и/или абилитации инвалидов: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности: _____ (наименование, адрес) <input type="checkbox"/> Медицинская организация: _____ (наименование, адрес)

19. Дата выдачи/отправки (нужное подчеркнуть) гражданину (его законному или уполномоченному представителю) программы дополнительного обследования гражданина (день, месяц, год): «__» _____ Г.

20. Дата получения согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на дополнительное обследование, предусмотренное программой дополнительного обследования гражданина (день, месяц, год): «__» _____ Г.

21. Дата получения отказа, неподписанного согласия (нужное подчеркнуть) гражданина (его законного или уполномоченного представителя) от дополнительного обследования, предусмотренного программой дополнительного обследования гражданина (день, месяц, год): «__» _____ Г.

22. Дата направления программы дополнительного обследования гражданина исполнителю (исполнителям) мероприятия (мероприятий) по дополнительному обследованию (день, месяц, год): «__» _____ г.

Руководитель/уполномоченное
должностное лицо бюро
(главного бюро, Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата (день, месяц, год): «__» _____ г.