

**О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 декабря 2021 года № ҚР ДСМ-128. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2021 года № 25908

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) следующие изменения:

в формах медицинской учетной документации, используемых в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденных приложением 2 к указанному приказу:

форму № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу" изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

форму № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации (далее – ИПР) пациента/инвалида" изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан предоставление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения  
Республики Казахстан

А. Цой

Приложение 1 к приказу  
Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 14 декабря 2021 года  
№ ҚР ДСМ-128

Приложение 2 к приказу  
исполняющего обязанности  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 30 октября 2020 года  
№ ҚР ДСМ-175/2020

**Форма № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу"**

№ \_\_\_ от \_\_\_ 20\_\_\_ год

1. ИИН \_\_\_\_\_

2. Фамилия \_\_\_\_\_

3. Имя \_\_\_\_\_

4. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

5. Дата рождения \_\_\_\_\_ год

6. Пол

мужской

женский

7. Гражданство (справочник стран) \_\_\_\_\_

8. Житель

города

села

9. Адрес регистрации по месту постоянного жительства \_\_\_\_\_

10. Адрес фактического проживания/пребывания (для оказания государственной услуги с выездом)

11. Место освидетельствования (выбрать одно из полей):

в доме ребенка, интернате, специализированных организациях для детей

в медико-социальных учреждениях (организациях) социальной защиты

в учреждениях уголовно-исполнительной системы

на дому

в стационаре

12. Прикрепление к медицинской организации по РПН:

13. Дата прикрепления \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

14. Номер мобильного телефона пациента или законного представителя  
(зарегистрированный в БМГ) +7

15. Данные законного представителя (родителя, опекуна, попечителя) при наличии:

ИИН \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

16. Наименование направившей медицинской организаций (из регистра МО)

17. Адрес МО \_\_\_\_\_

18. Кем направлен Ф.И.О. врача (при его наличии) \_\_\_\_\_

19. Должность (специальность) направившего врача \_\_\_\_\_

20. Дата заполнения формы № 031/у \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

21. При направлении на переосвидетельствование/досрочное переосвидетельствование:

22. Группа инвалидности (выбрать одно из полей):

первая группа

вторая группа

третья группа

ребенок инвалид

ребенок инвалид первой группы

ребенок инвалид второй группы

ребенок инвалид третьей группы

инвалидность не установлена

23. Степень утраты общей трудоспособности \_\_\_\_\_%

24. Степень утраты профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_%

25. Место работы (для работающих лиц) \_\_\_\_\_

26. Должность \_\_\_\_\_

27. Основная профессия \_\_\_\_\_

28. Место учебы (для школьников, студентов) \_\_\_\_\_

29. Курс/класс \_\_\_\_\_

30. Дошкольное учреждение \_\_\_\_\_

31. Дата взятия под наблюдением медицинской организацией " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

32. Клинико-трудоустройственный анамнез, диагностика, лечебные мероприятия

33. Анамнез заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в том числе противорецидивное), эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе, общая оценка результатов лечения)

---

---

---

---

34. Состоит ли пациент на диспансерном учете

нет, если

да

(указать все диагнозы по диспансерному учету):

Диагноз (Код МКБ-10) \_\_\_\_\_

Дата взятия на диспансерный учет \_\_\_\_\_

Дата снятия с диспансерного учета \_\_\_\_\_

35. При наличии травмы:

тип травмы (выбрать одно из полей):

бытовая

производственная

уличная (кроме дорожно-транспортной)

дорожно-транспортная

школьная

спортивная

прочие дата получения травмы \_\_\_\_\_ место и обстоятельства,  
при которых произошла травма (указать подробно)

---

36. Лечение, проводимое в настоящее время: \_\_\_\_\_

с положительной динамикой

без динамики

с отрицательной динамикой.

37. Физиологические параметры на момент заполнения формы № 031/у:

АД \_\_\_\_\_ миллиметр ртутного столба ЧСС \_\_\_\_\_ минут Пульс \_\_\_\_\_ минут ЧДД \_\_\_\_\_

минут Температура тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ сантиметр Вес \_\_\_\_\_ килограмм

Объем бедра \_\_\_\_\_ сантиметр

38. Изменение условий труда \_\_\_\_\_

---

39. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)

№ листа или справки о временной нетрудоспособности	с _____	по _____		
	_____	_____		

	20 ____ года	20 __ года	Число календарных дней нетрудоспособности по данному диагнозу	Код по МКБ-10
			Всего календарных дней	

40. План реабилитационных мероприятий:

41. Имеются рекомендации технических средств, направленных на восстановление и (или) компенсацию нарушенных и утраченных функций организма:

нет,

да,

необходимо выбрать одно или несколько полей:

снижение зрения 0 – 0,03 и (или) поля зрения 0 – 10;

снижение зрения 0,04 – 0,08 и (или) поля зрения 10 – 20;

снижение зрения у детей до 0,19 и (или) сужение полей до 25;

двухстороннее снижение слуха;

нарушение голосообразования;

значительные нарушения функции передвижения;

затруднения передвижения;

затруднение самообслуживания;

статодинамические нарушения позвоночника;

нарушение структуры и (или) функции верхних конечностей;

нарушение структуры и (или) функции нижних конечностей;

мастэктомия;

нарушением функции тазовых органов;

кишечная стома;

стомы мочевыводящих путей.

42. Предоставление социальных услуг

нет, если

да:

индивидуальный помощник

специалист жестового языка

43. Оказание специальных социальных услуг

нет, если

да

(выбрать только один): в стационарных условиях

, полустационара

,

на дому

44. Трудоустройство

нет, если

да:

Организация режима работы: полный

, сокращенный рабочий день

Исключение воздействия неблагоприятных производственных факторов

Создание специального рабочего места

45. Обучение/переобучение

нет,

да

46. Результаты консультации специалистов с указанием жалоб, данных объективного обследования с отражением степени нарушения функций организма, диагнозов и рекомендаций. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме № 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименования услуги \_\_\_\_\_

Даты проведения \_\_\_\_\_

Наименования медицинской организации

(Исполнитель) \_\_\_\_\_

47. Результаты клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме № 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименования услуги \_\_\_\_\_

Даты проведения \_\_\_\_\_

Наименования медицинской организации

(Исполнитель) \_\_\_\_\_

---

48. Результаты о пролеченном (пролеченных) случае (случаях) стационарного, стационарозамещающего лечения, лечения в реабилитационных центрах в зависимости от профиля заболевания, с указанием динамических изменений в состоянии пациента; возникших осложнений в ходе лечения; резюмирования результатов лабораторных исследований, консультаций; рекомендаций с учетом реабилитационного потенциала, реабилитационного диагноза и шкалы реабилитационного маршрута. Медицинские документы прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

Номера выписки из истории болезни \_\_\_\_\_

Даты поступления \_\_\_\_\_

Даты выписки \_\_\_\_\_

Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_

---

49. Результаты активного посещения пациента, вызывавшего скорую/неотложную медицинскую помощь. Медицинские документы прилагаются к форме № 031/у в электронном виде, с указанием:

Даты активного посещения \_\_\_\_\_

Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_

---

Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ \_\_\_\_\_

---

50. Основной диагноз (код МКБ-10) \_\_\_\_\_

51. Основной диагноз (текст) \_\_\_\_\_

---

52. Осложнение (код МКБ-10) (указать имеющиеся осложнения): \_\_\_\_\_

53. Осложнение (текст) (указать имеющиеся осложнения): \_\_\_\_\_

---

54. Диагноз сопутствующего заболевания (код МКБ-10) (указать все сопутствующие заболевания): \_\_\_\_\_

---

55. Диагноз сопутствующего заболевания (текст) (указать все сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_

---

56. Цель направления на МСЭ:

установление инвалидности

переосвидетельствование

досрочное переосвидетельствование

установление степени утраты общей трудоспособности:

первично

повторно

установление степени утраты профессиональной трудоспособности:

первично

повторно

изменение причины инвалидности

формирование или коррекция ИПР

необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника  
в дополнительных видах помощи и уходе

57. Направление на заочное освидетельствование:

освидетельствование заочное проактивное

лицо нетранспортабельно

лицо находится на стационарном лечении за пределами обслуживаемого региона

чрезвычайное положение, ограничительные меры, в том числе карантин

58. Удостоверено: Ф.И.О. (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК

59. QR код (код быстрого реагирования)

60. Согласие на сбор, обработку и передачу персональных данных и сведений, составляющих охраняемую законом тайну пациента, необходимых для установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности и (или) определения необходимых мер социальной защиты:

да

Дата получения ответа от пациента или законного представителя:

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Ответ, полученный от пациента или законного представителя

\_\_\_\_\_  
61. Номер мобильного телефона отправителя: +7

### Извещение об экспертном заключении МСЭ

1. Наименование МО (направившей) (из регистра МО) \_\_\_\_\_

2. Дата вынесения экспертного заключения \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ год

3. ИИН \_\_\_\_\_

4. Фамилия \_\_\_\_\_

5. Имя \_\_\_\_\_

6. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

7. Дата рождения \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ год

8. Клинико-экспертный диагноз: \_\_\_\_\_

Основной диагноз (наименование, Код МКБ-10) \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз (наименование, Код МКБ-10) \_\_\_\_\_

9. Экспертное заключение МСЭ:

группа инвалидности \_\_\_\_\_

причина инвалидности \_\_\_\_\_

срок инвалидности \_\_\_\_\_

срок зачтен с \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ год

дата переосвидетельствования \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ год

10. Степень утраты общей трудоспособности \_\_\_\_\_%

срок степени УОТ \_\_\_\_\_

степень УПТ \_\_\_\_\_%

причина УПТ \_\_\_\_\_

срок УПТ \_\_\_\_\_

дата переосвидетельствования УПТ \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ год

11. Разработана ИПР инвалида № \_\_\_\_\_

12. Рекомендации по реабилитации

по медицинской реабилитации \_\_\_\_\_

по социальной реабилитации \_\_\_\_\_

по профессиональной реабилитации \_\_\_\_\_

13. Заполняется в случаях необоснованного направления или некачественного заполнения

необоснованно направленный

некачественное заполнение:

Обоснование \_\_\_\_\_

14. № \_\_\_\_\_ Акта медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_

15. Удостоверено ЭЦП руководителя отдела МСЭ/МК МСЭ \_\_\_\_\_

Примечание 1. Заключение на МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП председателя ВКК.

Примечание 2. Извещение об экспертном заключении МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП руководителем отдела МСЭ.

Список сокращений:

№	ID	Идентификатор (ЭЦП, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)
1	РПН	Регистр прикрепленного населения
2	БМГ	База мобильных граждан
3	АД	Артериальное давление
4	ЧСС	Частота сердечных сокращений
5	ЧДД	Частота дыхательных движений
6	ВКК	Врачебно-консультативная комиссия
7	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
8	ИПР	Индивидуальная программа реабилитации
9	МСЭ	Медико-социальная экспертиза
10	МО	Медицинская организация
11	Отдел МСЭ	Отдел медико-социальной экспертизы
12	Отдел МК МСЭ	Отдел методологии и контроля МСЭ
13	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
14	ЭЦП	Электронная цифровая подпись
15	УОТ	Утрата общей трудоспособности
16	УПТ	Утрата профессиональной трудоспособности
17	МКБ	Международная классификация болезней

Приложение 2 к приказу  
Приложение 2 к приказу  
исполняющего обязанности  
Министра здравоохранения

**Форма № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации  
(далее – ИПР) пациента/инвалида" № \_\_\_ от " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год**

1. ИИН \_\_\_\_\_
2. Фамилия \_\_\_\_\_
3. Имя \_\_\_\_\_
4. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_
5. Дата рождения " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ год
6. Адрес регистрации \_\_\_\_\_
7. Телефон \_\_\_\_\_
8. Образование \_\_\_\_\_
9. Место работы/место учебы/дошкольное учреждение \_\_\_\_\_
10. Группа инвалидности (при наличии) \_\_\_\_\_
11. ИПР разработан: впервые
- ; повторно

12. Реабилитационный диагноз (МКБ-10) \_\_\_\_\_

13. Реабилитационно-экспертное заключение:

Шкала реабилитационной маршрутизации в баллах \_\_\_\_\_

Код критерия МКФ b \_\_\_\_\_ Код критерия МКФ d \_\_\_\_\_

14. Для пациентов неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями) (в баллах)

Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента)	До реабилитации	После реабилитации (заполняется при повторной ИПР)	Оценка результатов (заполняется при повторной ИПР)
--	-----------------	--	--

15. Для пациентов других профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал

Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента)	Прогноз *	Потенциал **
--	-----------	--------------

\*- выбор значения из: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный

\*\* - выбор значения из: высокий, средний, низкий, отсутствует

16. Этап медицинской реабилитации:

--	--	--

Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента)	Номер этапа реабилитации	Уровень проведения (амбулаторный, стационарный)
--	--------------------------	---

### 17. Мероприятия по проведенной и планируемой медицинской реабилитации

Т и п реабилитации ***	Дата проведения	Наименование проведенного мероприятия	Примечание	Планируемые мероприятия с указанием периодичности и длительности проведения
------------------------	-----------------	---------------------------------------	------------	---

\*\*\* - выбор значения из: физическая реабилитация, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, консультация социального работника, обучение пациента, реконструктивная хирургия, реабилитация в дневных стационарах, круглосуточных стационарах, реабилитационных центрах, стационарах на дому, санаторно-курортное лечение, дополнительные услуги

### 18. Рекомендации по медико-социальной реабилитации

Мероприятия, услуги, технические средства	Сроки проведения (месяц и год реализации)	Конкретные виды, в которых нуждается пациент
1. Протезирование и ортезирование		
2. Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации		
3. Обучение пациента методам реабилитации в домашних условиях		
4. Другие (индивидуальный помощник, специалист жестового языка, специальные социальные услуги)		

19. Оценка результатов медицинской реабилитации от \_\_\_\_20\_\_ год (указать дату)  
(выбрать одно из полей):

восстановление нарушенных функций (выбрать одно из полей):

полное

частичное

компенсация нарушенных функций (выбрать одно из полей):

полная

частичная

отсутствие положительного результата

20. Удостоверено ЭЦП председателя ВКК

21. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

22. QR код (код быстрого реагирования)

Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде.

Медицинской части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется медицинской информационной системой в автоматизированном режиме.

Список сокращений:

№	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)
1	ВКК	Врачебно-консультативная комиссия
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	ИПР	Индивидуальная программа реабилитации
4	ЭЦП	Электронная цифровая подпись
5	МКБ	Международная классификация болезней
6	МКФ	Международная классификация функционирования
7	МКФ b	Функции организма пациента
8	МКФ d	Активность и участие в обеспечении самого себя