

**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 приказуМинистр здравоохраненияРеспублики Казахстанот 14 декабря 2021 года№ ҚР ДСМ-128 |
|   | Приложение 2 к приказуисполняющего обязанностиМинистра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 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 организаций "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_год
32. Клинико-трудовой 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 \_\_ \_\_\_\_\_
20 \_\_\_ года |
по \_\_\_ \_\_
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 приказуисполняющего обязанностиМинистра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 30 октября 2020 года№ ҚР ДСМ-175/2020 |

 **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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
Тип 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 |

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан