

**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 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 приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 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