

**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, а также инструкций по их заполнению"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 января 2024 года № 177. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 января 2024 года № 33929

      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, а также инструкций по их заполнению" (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:

      № 026/у "Заключение врачебно–консультационной комиссии", № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу", № 041/у "Медицинское свидетельство о рождении № \_\_\_\_ (выдается для предоставления в регистрирующие органы)" изложить в следующей редакции согласно приложению 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. Ғиният*
 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение к приказуМинистр здравоохраненияРеспублики Казахстанот 23 января 2024 года № 177 |
|   | Приложение 2 к приказуисполняющего обязанностиМинистра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 30 октября 2020 года№ ҚР ДСМ-175/2020 |
|   | Форма № 026/у |

 **"Заключение врачебно–консультационной комиссии" №\_\_\_\_ от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года**

      Наименование медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдана физическому лицу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы (учебы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение врачебно–консультационной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период с \_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Председатель комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

Секретарь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

М.П.

|  |  |
| --- | --- |
|   | Форма № 031/у |

 **Заключение на медико-социальную экспертизу №\_\_\_от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.**

      1. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5. Дата рождения \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

6. Пол ☐ мужской ☐ женский

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

8. Житель ☐ города ☐ села

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

9.1. Адрес фактического проживания/ пребывания

(для оказания государственной услуги с выездом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.2. 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

10. Прикрепление к медицинской организации (РПН):

10.1. Дата прикрепления \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

10.2. Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Номер мобильного телефона пациента или его законного представителя

(зарегистрированный в БМГ) +7 (\*\*\*) (\*\*\*\*\*\*\*)

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

12.1. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12.2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12.3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

13. Наименование, направившей МО (из регистра МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Адрес медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. При направлении на переосвидетельствование/досрочное переосвидетельствование:

15.1. Группа инвалидности (выбрать одно из полей):

☐ первая группа

☐ вторая группа

☐ третья группа

☐ ребенок с инвалидностью

☐ ребенок с инвалидностью первой группы

☐ ребенок с инвалидностью второй группы

☐ ребенок с инвалидностью третьей группы

☐ инвалидность не установлена

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

(при наличии ранее установленной)

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

(при наличии ранее установленной)

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

16.1. Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16.2. Основная профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

17.1. Курс/класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Дошкольное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Под наблюдением медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ

20.1. Основной диагноз (код и наименование МКБ-10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20.3. Осложнение (код и наименование МКБ-10) (указать все имеющиеся осложнения):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20.4. Осложнение (текст) (указать все имеющиеся осложнения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20.5. Диагноз сопутствующего заболевания (код и наименование МКБ-10)

(указать все сопутствующие заболевания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20.6. Диагноз сопутствующего заболевания (текст)

(указать все сопутствующие заболевания)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21. Клинико-трудовой анамнез, диагностика, лечебные мероприятия \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21.1. 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21.2. Состоит ли пациент под наблюдением ☐ нет, если ☐ да

(указать все диагнозы по динамическому наблюдению)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|
Диагноз(Код МКБ-10) |
Дата взятия на динамическое наблюдение |
Группа динамического наблюдения, клиническая группа |
Дата снятия с динамического наблюдения |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

      21.3. При наличии травмы:

а) тип травмы (выбрать одно из полей):

☐ бытовая

☐ производственная

☐ уличная (кроме дорожно-транспортной)

☐ дорожно-транспортная

☐ школьная

☐ спортивная

☐ прочие

б) дата получения травмы \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

в) место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

☐ с положительной динамикой

☐ без динамики

☐ с отрицательной динамикой.

21.5. Оценка результатов медицинской реабилитации

☐ восстановление нарушенных функций

☐ полное

☐ частичное

☐ компенсация нарушенных функций

☐ полное

☐ частичное

☐ отсутствие положительного результата

21.6. Планируемые мероприятия с указанием

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|
Наименование мероприятия |
Периодичность проведения |
Длительность проведения |
|  |  |  |
|  |  |  |

      21.7. Реабилитационно-экспертное заключение (для пациентов неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей)

|  |  |
| --- | --- |
|
Критерии МКФ b |
Критерии МКФ d |
|
код |
определитель выраженности |
наименование |
код |
определитель выраженности |
наименование |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

      21.8. Реабилитационный прогноз

☐ благоприятный

☐ относительно благоприятный

☐ сомнительный

☐ неблагоприятный

21.9. Реабилитационный потенциал

☐ высокий

☐ средний

☐ низкий

☐ отсутствует

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

АД \_\_\_\_\_\_ мм. рт. ст.

ЧСС \_\_\_\_\_ мин.

Пульс \_\_\_\_мин.

ЧДД \_\_\_\_ мин.

Температура тела \_\_\_\_

Рост \_\_\_\_ см.

Вес \_\_\_\_\_ кг.

Объем правого бедра \_\_\_\_ см

Объем левого бедра \_\_\_\_ см

Объем талии \_\_\_\_ см

23. Изменение условий труда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

24. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
№ листа или справки временной нетрудоспособности |
с \_\_ \_\_\_\_ 20 \_ года |
по \_\_\_ \_ 20\_\_ года |
Число календарных дней нетрудоспособности |
Код по МКБ -10 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
Всего дней  |  |

      25. План реабилитационных мероприятий:

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

☐ 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;

☐ нарушения функции тазовых органов;

☐ кишечная стома;

☐ стомы мочевыводящих путей.

25.2. Предоставление социальных услуг ☐ да:

☐ индивидуальный помощник

☐ специалист жестового языка

25.3. Оказание специальных социальных услуг ☐ да (выбрать один):

☐ в условиях стационара

☐ в условиях стационарозамещающих

☐ в условиях на дому

25.4. Трудоустройство ☐ да:

Организация режима работы (выбрать один или несколько):

☐ полный рабочий день

☐ сокращенный рабочий день

☐ исключение воздействия неблагоприятных производственных факторов

☐ создание специального рабочего места

25.5. Обучение/переобучение ☐ да

25.6. Санаторно-курортное лечение ☐ да

26. Результаты консультаций 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, клиническими протоколами диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме № 031/у в электронном виде, с указанием:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|
Наименование услуги |
Дата проведения |
Наименование медицинской организации (Исполнитель) |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|
Наименование услуги |
Дата проведения |
Наименование медицинской организации (Исполнитель) |
|  |  |  |
|  |  |  |

      28. Результаты о пролеченном (-ых) случае(-ях) 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|
Номер выписки из истории болезни |
Дата поступления |
Дата выписки |
Наименование медицинской организации (Исполнитель) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|
Дата активного посещения |
Наименование медицинской организации (Исполнитель) |
|  |  |
|  |  |

      30. 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

31. Направление на освидетельствование:

☐ заочное проактивное освидетельствование

☐ очное освидетельствование

☐ лицо нетранспортабельно – заочное освидетельствование

☐ лицо находится на стационарном лечении за пределами обслуживаемого региона –

заочное освидетельствование

☐ чрезвычайное положение, ограничительные меры, в том числе карантин –

заочное освидетельствование

32. Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача, заполнившего форму № 031/у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33. Удостоверено: Ф.И.О. (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК или лица

исполняющий его обязанности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33.1. Дата подписания ЭЦП \_\_\_ \_\_\_\_\_20\_\_\_г.

34. Quick Response code (QR код) медицинской организации (код быстрого отклика)

35. 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 мер

социальной защиты: ☐ да

35.1. Дата получения ответа от услугополучателя или его законного представителя:

\_\_\_ \_\_\_\_\_20\_\_\_г.

35.2. Ответ, полученный от услугополучателя или его законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

35.3. Номер мобильного телефона отправителя: +7 (\*\*\*) (\*\*\*\*\*\*\*)

 **Извещение об экспертном заключении МСЭ от \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. к форме № 031/у \_\_\_от \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

      1. Наименование направившей медицинской организации (из регистра МО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

7. Дата рождения \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

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

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

8.2. Сопутствующий диагноз (наименование, Код МКБ-10)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Экспертное заключение МСЭ:

9.1. группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.1.1. причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.1.2. срок инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.1.3. срок зачтен с \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

9.1.4. дата переосвидетельствования \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

9.2. степень утраты общей трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

9.2.1. срок степени утраты общей трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.3. степень утраты профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

9.3.1. причина утраты профессиональной трудоспособности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.3.2. срок утраты профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.3.3. дата переосвидетельствования утраты профессиональной трудоспособности

\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

9.4. Разработана ИПР инвалида № \_\_\_\_\_\_\_

9.4.1. Рекомендации по реабилитации

а) по социальной реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) по профессиональной реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.5. Форма № 031/у отклонена:

необоснованно направленный

некачественное заполнение

Обоснование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.6. Направлен на очное освидетельствование: "Пациенту необходимо обратиться

в отдел МСЭ по месту постоянного жительства (постоянной регистрации)

для очного освидетельствования".

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

11. 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.

      Список сокращений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|
1 |
ID |
Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |
|
2 |
ВКК |
Врачебно-консультативная комиссия |
|
3 |
ИИН |
Индивидуальный идентификационный номер |
|
4 |
ИПР |
Индивидуальная программа абилитации и реабилитации |
|
5 |
МСЭ |
Медико-социальная экспертиза |
|
6 |
МО |
Медицинская организация |
|
7 |
Отдел МСЭ |
Отдел медико-социальной экспертизы |
|
8 |
Отдел МК МСЭ |
Отдел методологии и контроля медико-социальной экспертизы |
|
9 |
Ф.И.О. (при его наличии) |
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |
|
10 |
ЭЦП |
Электронная цифровая подпись |
|
11 |
МКФ |
Международная классификация функционирования |
|
12 |
АД |
Артериальное давление |
|
13 |
ЧСС |
Частота сердечных сокращений |
|
14 |
ЧДД |
Частота дыхательных движений |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Форма № 041/у |

 **"Медицинское свидетельство о рождении № \_\_\_\_**
**(выдается для предоставления в регистрирующие органы)"**
**Дата выдачи "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.**

      1. ИИН матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ИИН ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность, при их отсутствии

- данные заполняются со слов матери)

4. Адрес фактического проживания матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата рождения матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Национальность матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Семейное положение матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Образование матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Дата и время родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Место родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Пол ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11-1. Ребенок родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2,

вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах – 4

11-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный – 3

11-3. Масса ребенка при рождении и рост (см).

11-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

12. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, (среднего медицинского работника)

Идентификатор организации родовспоможения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К сведению родителей:

В соответствии со статьей 189 Кодекса Республики Казахстан "О браке (супружестве)

и семье" регистрация ребенка в регистрирующих органах обязательна.

Заявление о рождении ребенка подается не позднее трех рабочих дней со дня его рождения.

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