Форма

 Министерство здравоохранения и социального развития

 Российской Федерации

 Федеральное медико-биологическое агентство

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

 (наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

 АКТ N \_\_\_\_\_\_\_\_

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАНИНА

 Раздел I. Общие данные об освидетельствуемом гражданине

1. Дата подачи заявления о проведении медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата вынесения решения федерального учреждения медико-социальной

экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (число) (месяц) (год)

6. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства - адрес

места пребывания, места нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на

постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (нужное указать):

6.1. государство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.2. почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.3. субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_

6.4. район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ---

6.5. населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.5.1. городское поселение ¦ ¦

 ---

 ---

6.5.2. сельское поселение ¦ ¦

 ---

6.6. улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.7. дом/корпус/строение \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 6.8. квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ---

7. Лицо без определенного места жительства¦ ¦

 ---

8. Адрес места постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с

местом жительства данный пункт не заполняется):

8.1. государство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.2. почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_ 8.3. субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.4. район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ---

8.5. населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8.5.1. городское поселение ¦ ¦

 ---

 ---

8.5.2. сельское поселение ¦ ¦

 ---

8.6. улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.7. дом/корпус/строение \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 8.8. квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Адрес места нахождения территориального органа Пенсионного фонда

Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида,

выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_

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

Раздел II. Решение федерального учреждения медико-социальной экспертизы

10. Заключение о видах и степени выраженности стойких расстройств функций

организма:

10.1. нарушение психических функций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.2. нарушение языковых и речевых функций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.3. нарушение сенсорных функций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.4. нарушение статодинамических функций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.5. нарушение функций кровообращения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.6. нарушение функций дыхания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.7. нарушение функций пищеварения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.8. нарушение функций выделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.9. нарушение функций кроветворения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.10. нарушение функций обмена веществ и энергии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.11. нарушение функций внутренней секреции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.12. нарушение функций иммунитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.13. нарушения, обусловленные физическим уродством \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Заключение о видах и степени выраженности ограничений категорий

жизнедеятельности:

11.1. самообслуживание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.2. передвижение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.3. общение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.4. ориентация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.5. обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.6. контроль за своим поведением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.7. трудовая деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Дополнительная запись к причине инвалидности (нужное указать):

 ---

14.1. инвалид по зрению ¦ ¦ 14.2. инвалидность вследствие поствакцинального

 ---

 ---

осложнения ¦ ¦

 ---

15. Инвалидность установлена на срок до "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

16. Дата очередного освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Причина пропуска срока очередного освидетельствования за прошлое время

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ признана уважительной (неуважительной)

(нужное указать)

18. Инвалидность за прошлое время с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ установлена

(не установлена) (нужное указать)

19. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с первым несчастным случаем на производстве, профессиональным

заболеванием (нужное указать) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок

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

21. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени

утраты профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием

(нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования,

установлена с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с повторным несчастным случаем на производстве, профессиональным

заболеванием (нужное указать) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

24. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок

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

25. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени

утраты профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием

(нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования,

пропущенный период (нужное указать) установлена с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

27. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с повторным несчастным случаем на производстве, профессиональным

заболеванием (нужное указать) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок \_\_

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

29. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени

утраты профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием

(нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования,

пропущенный период (нужное указать) установлена с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Дополнительные заключения

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

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

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

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

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

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

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

32. Документы, выданные освидетельствованному гражданину или его

законному представителю по результатам проведения медико-социальной

экспертизы (нужное указать):

 ---

 32.1. справка, подтверждающая факт установления инвалидности: ¦ ¦

 ---

 серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.;

 32.2. индивидуальная программа реабилитации инвалида

 ---

 (ребенка-инвалида): ¦ ¦

 ---

 карта N \_\_\_\_\_ к акту освидетельствования N \_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

 дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.;

 32.3. справка о результатах установления степени утраты

 ---

 профессиональной трудоспособности в процентах: ¦ ¦

 ---

 серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.;

 32.4. программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного

 ---

 случая на производстве и профессионального заболевания: ¦ ¦

 ---

 карта N \_\_\_\_\_ к акту освидетельствования N \_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

 дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.;

 ---

 32.5. справка об установлении причины смерти инвалида: ¦ ¦

 ---

 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.;

 ---

 32.6. справка о результатах медико-социальной экспертизы: ¦ ¦

 ---

 N \_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

33. Перечень документов, основные сведения, послужившие основанием для

принятия решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы

(приобщаются к акту медико-социальной экспертизы)

---------------------------------------------------------------------------

¦ N ¦Наименование документа,¦ Дата ¦ Наименование организации, ¦

¦п/п ¦ реквизиты документа ¦ поступления ¦ выдавшей документ ¦

+----+-----------------------+----------------+---------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦

+----+-----------------------+----------------+---------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦

+----+-----------------------+----------------+---------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦

+----+-----------------------+----------------+---------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦

+----+-----------------------+----------------+---------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦

-----+-----------------------+----------------+----------------------------

34. Специалисты, проводившие медико-социальную экспертизу и принимавшие

участие в вынесении решения:

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

 (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

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

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

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель бюро

(главного бюро,

Федерального бюро)

медико-социальной

экспертизы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П.