



КонсультантПлюс

Приказ Минтруда России N 578н, Минздрава
России N 606н от 06.09.2018
(ред. от 28.08.2019)

"Об утверждении формы направления на
медико-социальную экспертизу медицинской
организацией"

(Зарегистрировано в Минюсте России
26.11.2018 N 52777)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 06.02.2020

Зарегистрировано в Минюсте России 26 ноября 2018 г. N 52777

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
N 578н

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
N 606н

ПРИКАЗ
от 6 сентября 2018 года

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ НАПРАВЛЕНИЯ
НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минтруда России N 589н, Минздрава России N 692н
от 28.08.2019)

В соответствии с [пунктом 16](#) Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 9, ст. 1018; 2012, N 37, ст. 5002; 2015, N 33, ст. 4836; 2016, N 35, ст. 5320), приказываем:

1. Утвердить [форму N 088/у](#) "Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией" согласно приложению.

2. Признать утратившими силу:

[приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. N 77 "Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2007 г., регистрационный N 9089);

[приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 октября 2009 г. N 853н "О внесении изменений в форму N 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь", утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. N 77" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2009 г., регистрационный N 15324).

Министр труда и социальной защиты
Российской Федерации
М.А.ТОПИЛИН

Министр здравоохранения
Российской Федерации
В.И.СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации и
Министерства здравоохранения

Российской Федерации
от 6 сентября 2018 г. N 578н/606н

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минтруда России N 589н, Минздрава России N 692н от 28.08.2019)

Медицинская документация

Форма N 088/у

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(ОГРН медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: N ____ от " __ " _____ 20__ г.
2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить на дому
3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи (при необходимости в оказании паллиативной медицинской помощи)
4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: " __ " _____ 20__ г.
5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить) :

5.1. <input type="checkbox"/> установление группы инвалидности	5.2. <input type="checkbox"/> установление категории "ребенок-инвалид"	5.3. <input type="checkbox"/> установление причины инвалидности
5.4. <input type="checkbox"/> установление времени наступления инвалидности	5.5. <input type="checkbox"/> установление срока инвалидности	5.6. <input type="checkbox"/> определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. <input type="checkbox"/> определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. <input type="checkbox"/> определение необходимости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. <input type="checkbox"/> определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее - АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения,

		контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки
5.10. <input type="checkbox"/> разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input type="checkbox"/> разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. <input type="checkbox"/> выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. <input type="checkbox"/> выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. <input type="checkbox"/> иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

7. Дата рождения (день, месяц, год): "__" _____ г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): _____

8. Пол (нужное отметить):

8.1. <input type="checkbox"/> мужской	8.2. <input type="checkbox"/> женский
---------------------------------------	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. <input type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	9.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. <input type="checkbox"/> гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
---	---

10.3. <input type="checkbox"/> гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете
--	--

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

- 11.1. государство: _____
11.2. почтовый индекс: _____
11.3. субъект Российской Федерации: _____
11.4. район: _____
11.5. наименование населенного пункта: _____
11.6. улица: _____
11.7. дом (корпус, строение): _____
11.8. квартира: _____

12. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. <input type="checkbox"/> в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____
13.2. <input type="checkbox"/> в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____
13.3. <input type="checkbox"/> в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____
13.4. <input type="checkbox"/> иная организация	13.4.1. адрес организации: _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____ _____
13.5. <input type="checkbox"/> по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

- 14.1. номера телефонов: _____
14.2. адрес электронной почты (при наличии): _____
15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____ - ____ - ____ - ____
16. Документ, удостоверяющий личность:
16.1. наименование: _____

16.2. серия _____, номер _____

16.3. кем выдан: _____

16.4. дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.

17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя: _____

17.2.1. наименование: _____

17.2.2. серия _____, номер _____

17.2.3. кем выдан: _____

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.

17.3. документ, удостоверяющий личность: _____

17.3.1. наименование: _____

17.3.2. серия _____, номер _____

17.3.3. кем выдан: _____

17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.

17.4. контактная информация:

17.4.1. номера телефонов: _____

17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ___-___-___

17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

17.6.1. наименование: _____

17.6.2. адрес: _____

17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____

18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

18.1. <input type="checkbox"/> первично	18.2. <input type="checkbox"/> повторно
---	---

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):

19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.1.1. <input type="checkbox"/> первая группа	19.1.2. <input type="checkbox"/> вторая группа	19.1.3. <input type="checkbox"/> третья группа	19.1.4. <input type="checkbox"/> категория ребенок-инвалид
--	--	--	--

19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) "___" _____ г.

19.3. период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.3.1. <input type="checkbox"/> один год	19.3.2. <input type="checkbox"/> два года	19.3.3. <input type="checkbox"/> три года	19.3.4. <input type="checkbox"/> четыре и более лет
---	---	---	---

19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.4.1. <input type="checkbox"/> общее заболевание	19.4.2. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства	19.4.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание	19.4.4. <input type="checkbox"/> трудовое увечье
--	---	---	--

19.4.5. <input type="checkbox"/> военная травма	19.4.6. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы	19.4.7. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.10. <input type="checkbox"/> заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.11. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.12. <input type="checkbox"/> заболевание связано с последствиями радиационных воздействий
19.4.13. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.4.14. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов	19.4.15. <input type="checkbox"/> заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	19.4.16. <input type="checkbox"/> иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.4.17. формулировки причин инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): _____ _____			

19.5. степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: _____
19.6. срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____
19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): "___" _____ г.
19.8. степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:

20. Сведения о получении образования (при получении образования):
20.1. наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин
получает образование: _____

20.2. курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения
(нужное подчеркнуть и указать): _____

20.3. профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: _____

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой
деятельности): _____

21.1. основная профессия (специальность, должность): _____

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): _____

21.3. стаж работы: _____

21.4. выполняемая работа на момент направления на медико-социальную
экспертизу с указанием профессии (специальности, должности): _____

21.5. условия и характер выполняемого труда: _____

21.6. место работы (наименование организации): _____

21.7. адрес места работы: _____

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

22. Наблюдается в медицинской организации с ____ года.

23. Анамнез заболевания: _____

24. Анамнез жизни: _____

25. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за
последние 12 месяцев): _____

N п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН)

25.2. N ЭЛН: _____

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) N _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N _____ от "___" _____ 20__ г. (нужное отметить) :

26.1. <input type="checkbox"/> восстановление нарушенных функций	26.1.1. <input type="checkbox"/> полное	26.1.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.1.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют
26.2. <input type="checkbox"/> достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	26.2.1. <input type="checkbox"/> полное	26.2.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.2.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: _____	27.2. вес: _____	27.3. индекс массы тела: _____
27.4. телосложение: _____	27.5. суточный объем физиологических отпавлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____/_____
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____		27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____

28. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу: _____

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы: _____

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание: _____

30.2. код основного заболевания по МКБ: _____

30.3. осложнения основного заболевания: _____

30.4. сопутствующие заболевания: _____

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: _____

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть).

33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

Председатель врачебной
комиссии:

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

М.П.
