**Приложение N 1
к**[**приказу**](https://base.garant.ru/12162205/)**Министерства здравоохранения
и социального развития РФ
от 4 августа 2008 г. N 379н**

Форма

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

 (наименование федерального государственного учреждения

 медико-социальной экспертизы)

 **Индивидуальная программа реабилитации инвалида,**[**\***](https://base.garant.ru/12162205/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1111)

 **выдаваемая федеральными государственными учреждениями**

 **медико-социальной экспертизы**

Карта N\_\_\_\_\_ к акту освидетельствования N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место жительства, при отсутствии места жительства указывается место

пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации

(указываемое подчеркнуть):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Группа инвалидности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_установлена на срок до:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Степень ограничения способности к трудовой деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Причина инвалидности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Показания к проведению реабилитационных мероприятий:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности | Степень ограничения (1, 2, 3) |
| способности к самообслуживанию: |   |
| способности к передвижению: |   |
| способности к ориентации: |   |
| способности к общению: |   |
| способности к обучению: |   |
| способности к трудовой деятельности |   |
| способности к контролю за своим поведением |   |

9. ИПР разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок

до:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(после предлога "до" указывается первое число месяца, следующего за тем

месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который

назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись

"бессрочно")

10. Дата очередного освидетельствования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Дата выдачи ИПР:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Мероприятия медицинской реабилитации**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий медицинской реабилитации | Срок проведения мероприятий медицинской реабилитации | Исполнитель проведения мероприятий медицинской реабилитации | Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину) |
| Реконструктивная хирургия |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Восстановительная терапия |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Санаторно-курортное лечение |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Протезирование и ортезирование |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Прогнозируемый результат: восстановление нарушенных функций (полностью,

частично); достижение компенсации утраченных функций (полностью,

частично) (нужное подчеркнуть).

 **Мероприятия профессиональной реабилитации**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий профессиональной реабилитации | Срок проведения мероприятий профессиональной реабилитации | Исполнитель проведения мероприятий профессиональной реабилитации | Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину) |
| Профессиональная ориентация |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Профессиональное обучение и переобучение |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Содействие в трудоустройстве |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Производственная адаптация |   |   |   |
|   |   |   |   |

 **Рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда**

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

Прогнозируемый результат: адаптация на прежнем рабочем месте; адаптация

на прежнем рабочем месте с измененными условиями труда; получение новой

профессии (специальности); подбор подходящего рабочего места; создание

специального рабочего места (нужное подчеркнуть).

 **Мероприятия социальной реабилитации**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий социальной реабилитации | Срок проведения мероприятий социальной реабилитации | Исполнитель проведения мероприятий социальной реабилитации | Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину) |
| Социально-средовая реабилитации |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Социально-педагогическая реабилитация |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Социально-психологическая реабилитация |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Социокультурная реабилитация |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Социально-бытовая адаптация |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт |   |   |   |

Прогнозируемый результат: достижение способности к самообслуживанию

(полное, частичное); восстановление навыков бытовой деятельности (полное,

частичное); восстановление социально-средового статуса (полное,

частичное) (нужное подчеркнуть).

 **Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (TCP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечень TCP | Срок проведения реабилитационных мероприятий с применением TCP | Исполнитель проведения реабилитационных мероприятий с применением TCP | Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину) |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

 **Примечание.** Во всех таблицах в графах, где указывается срок

проведения реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям

указываются даты начала и окончания проведения реабилитационного

мероприятия либо делается запись "бессрочно"; в графах, где указывается

исполнитель проведения реабилитационных мероприятий, по соответствующим

позициям указывается исполнитель проведения реабилитационного мероприятия

(исполнительный орган Фонда социального страхования Российской Федерации;

территориальный орган социальной защиты населения; государственные

учреждения службы занятости населения субъектов Российской Федерации;

работодатель; территориальные органы управления здравоохранением,

образованием; медицинские, образовательные, реабилитационные организации

либо сам инвалид); в графах, содержащих отметку о выполнении или

невыполнении реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям

делается запись "выполнено" или "не выполнено" указанной в качестве

исполнителя организацией, которая заверяется подписью ответственного лица

этой организации и печатью.

С содержанием ИПР согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись инвалида или (расшифровка подписи)

 его законного

 представителя

 (подчеркнуть))

Руководитель федерального

государственного

учреждения медико-

социальной экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

 **Заключение о выполнении ИПР**

 Оценка результатов медицинской реабилитации:

достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная);

восстановлены нарушенные функции (полностью, частично); положительные

результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Оценка результатов профессиональной реабилитации:

достигнута адаптация на прежнем рабочем месте; адаптация на прежнем

рабочем месте с измененными условиями труда; получена новая профессия

(специальность); подобрано подходящее рабочее место; создано специальное

рабочее место; положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

и др.

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

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

 Оценка результатов социальной реабилитации:

достигнута способность к самообслуживанию (полная, частичная);

восстановлены навыки бытовой деятельности (полностью, частично);

восстановлен социально-средовой статус (полностью, частично);

положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др.

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

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

 Оценка ограничений основных категорий жизнедеятельности:

достигнуты компенсация (полная, частичная) или устранение ограничений

жизнедеятельности; положительные результаты отсутствуют (нужное

подчеркнуть) и др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Особые отметки о реализации ИПР:

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

 (вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных

 реабилитационных мероприятий)

Дата вынесения заключения "\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

Руководитель федерального

государственного учреждения

медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

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

\* Далее - ИПР.