Приложение 1

к Приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

09.11.2015 №012.1/526 (п.1.1.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **№ 156-1/у** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Идентификационный код | | | |  |  | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |  |  | |  | | № | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ВЫПИСКА**  **из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом**  (для предоставления в государственную администрацию)  “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_ года  (дата освидетельствования) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (местонахождение МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (профиль МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество инвалида) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (место проживания инвалида) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Дата рождения инвалида | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Группа инвалидности на дату освидетельствования | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Причина инвалидности | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Основной диагноз | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ✂…………………….…..………………………..линия отреза…………………………………………….…….✂  **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНР** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (местонахождение МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (профиль МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **СПРАВКА №\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **к акту освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом**  (выдается инвалиду) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Место для  фотографии | 2. | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | (фамилия, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3. | | | | | имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | (группа инвалидности) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4. | | | | | | Дата освидетельствования | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Продолжение приложения 1

Оборотная сторона формы № 156-1/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Имеются медицинские показания для обеспечения | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (модификация автомобиля, кресла–коляски с электроприводом) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| предусмотренные пунктом | | |  | | | | | | | | | | Перечня медицинских показаний на право получения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| инвалидами автомобилей с ручным управлением и Перечня медицинских показаний для получения и противопоказаний к управлению лицами с ограниченными функциями передвижения кресел-колясок с электроприводом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Годен к управлению | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (модификация автомобиля, кресла-коляски с электроприводом) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Имеются медицинские противопоказания к управлению | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | (модель автомобиля, кресла-коляски с электроприводом) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в соответствии с пунктом | |  | | | | | | Перечня заболеваний и пороков, при которых лицо не может быть | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| допущено к управлению соответствующими транспортными средствами и Перечня медицинских показаний для получения и противопоказаний к управлению лицами с ограниченными функциями передвижения кресел-колясок с электроприводом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Дата очередного освидетельствования | | | |  | | |  | | |  |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Основание для выдачи выписки: акт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ освидетельствования МСЭК по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Дата выдачи выписки | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | |
| М.П. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Председатель МСЭК** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ✂…...……………………………………….линия отреза………………………………………✂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Годен к управлению | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (модификация автомобиля) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Дата очередного освидетельствования | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Основание для выдачи заключения: акт № \_\_\_\_\_\_\_освидетельствования МСЭК по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | | | Дата | | | | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Председатель МСЭК** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| М.П. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | | | | | | | | | | | | |

Продолжение приложения 1

к Приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

09.11.2015 г.№012.1/526 (п.1.1)

**ИНСТРУКЦИЯ**

по заполнению формы первичной учетной документации № 156-1/у "Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом"

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации "Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом" (далее - форма № 156-1/у). Она состоит из двух частей: указанной выписки и справки из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом.

2. Форма № 156-1/у заполняется при вынесении решения медико-социальной экспертной комиссией (дальше - МСЭК) о необходимости обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом и возможности его допуска к управлению ими.

3. Все реквизиты формы № 156-1/у заполняются согласно «Акту освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом».

4. Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом, предоставляется в государственную администрацию:

4.1. В пункте 1 указывается местонахождение МСЭК.

4.2. В пункте 2 указывается профиль МСЭК, которая осуществляла освидетельствование больного по вопросам определения медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом.

4.3. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество освидетельствуемого инвалида.

4.4. В пункте 4 указывается место проживания инвалида.

4.5. В пункте 5 указывается дата рождения инвалида (число, месяц, год).

4.6. В пункте 6 указывается группа инвалидности на дату освидетельствования больного.

4.7. В пункте 7 указывается причина инвалидности больного.

4.8. В пункте 8 указывается шифр основного диагноза, приведшего к инвалидности, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

4.9. В пункте 9 указываются модификация транспорта, к обеспечению которым у больного имеются медицинские показания, и соответствующий пункт Перечня медицинских показаний на право получения инвалидами автомобилей с ручным управлением, и Перечня медицинских показаний для получения и противопоказаний к управлению лицами с ограниченными функциями передвижения кресел-колясок с электроприводом.

4.10. В пункте 10 указывается модификация автомобиля, к управлению которым может быть допущен инвалид.

4.11. В пункте 11 указывается наличие медицинских противопоказаний соответствующего пункта Перечня заболеваний и пороков, при которых лицо не может быть допущено к управлению соответствующими транспортными средствами, и Перечня медицинских показаний для получения и противопоказаний к управлению лицами с ограниченными функциями передвижения кресел-колясок с электроприводом.

4.12. В пункте 12 указывается дата очередного освидетельствования.

4.13. В пункте 13 указывается номер акта освидетельствования МСЭК, на основании которого выдается выписка по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом.

4.14. В пункте 14 указывается дата выдачи выписки.

5. Справка к акту освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией по определению медицинских показаний для обеспечения инвалида автомобилем с ручным управлением и коляской с электроприводом, выдается инвалиду:

5.1. Место для фотографии.

5.2. В пункте 2 указываются фамилия, имя, отчество инвалида.

5.3. В пункте 3 указывается группа инвалидности на дату освидетельствования.

5.4. В пункте 4 указывается дата освидетельствования (число, месяц, год).

5.5. В пункте 5 указываются модификация автомобиля, к управлению которым может быть допущен больной.

5.6. В пункте 6 указывается дата очередного освидетельствования МСЭК.

5.7. В пункте 7 указывается номер акта освидетельствования МСЭК, на основании которого выдается справка.

5.8. В пункте 8 указывается дата выдачи справки (число, месяц, год).

6. Форма № 156-1/у подписывается председателем и заверяется печатью МСЭК.

7. Ответственным за правильность заполнения формы № 156-1/у является председатель МСЭК.

Министр В.В.Кучковой