Приложение 4

к Приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

09.11.2015 №012.1/526 (п.1.4.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **№ 158-1/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**  **о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи**  (выдается отделению Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| к справке серии | | | | | |  | | | | | | | | | | № | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (местонахождение МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (профиль МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество застрахованного) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Дата освиде  тельствования | | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | 5. Группа инвалидности | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | (указать словами) | | | | | | |
| 6. Освиде-тельствование: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (первичное, повторное) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ✂………………..……………………….…*линия отреза*…………..…………..………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНР**  **СПРАВКА**  **о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в**  **процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи**  (выдается застрахованному лицу) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Серия | |  | | | | | | | | | | | | | | № | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (местонахождение МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (профиль МСЭК) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество застрахованного) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Дата освиде-тельствования | | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | 5. Группа инвалидности | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | (указать словами) | | | | | | | | | |
| 6. Освиде-тельствование | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (первичное, повторное) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2

Оборотная сторона формы № 158-1/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (указывается словами) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Причина утраты профессиональной трудоспособности | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Дата установления страхового случая | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Дата очередного освидетельствования | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 11. Нуждаемость в медицинской и социальной помощи: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Основание:  акт освидетельствования МСЭК № | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Дата выдачи | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| М.П. | | | | **Председатель МСЭК** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ✂………………..……………………….…*линия отреза*……………..…………..………………✂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (указывается словами) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Дата очередного освидетельствования | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 9. Нуждаемость в медицинской и социальной помощи: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Основание:  акт освидетельствования МСЭК № | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 11. Дата выдачи | |  |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| М.П. | **Председатель МСЭК** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (подпись) | | | (Ф.И.О.) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3

Продолжение приложения 4

к Приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

09.11.2015 г.№012.1/526 (п.1.4)

**ИНСТРУКЦИЯ**

по заполнению формы первичной учетной документации **№ 158-1/у "Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи"**

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации "Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи" (далее - форма № 158-1/у). Форма состоит из двух частей: указанной выписки и справки о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи.

2. Форма № 158-1/у заполняется больному, застрахованному от несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, которые привели к утрате трудоспособности.

3. Все реквизиты данной формы заполняются согласно акту освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией.

4. Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи, представляется Фонду социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

4.1. В пункте 1 указывается местонахождение МСЭК.

4.2. В пункте 2 указывается профиль МСЭК.

4.3. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество застрахованного.

4.4. В пункте 4 указывается дата освидетельствования МСЭК застрахованного.

4.5. В пункте 5 словами указывается установленная группа инвалидности (первая А, первая Б, вторая, третья).

4.6. В пункте 6 указывается очередность освидетельствования (первичное или повторное).

4.7. В пункте 7 арабскими цифрами и прописью указывается установленная степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

4.8. В пункте 8 указывается в связи с чем установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (трудовое увечье, профессиональное заболевание).

4.9. В пункте 9 указывается дата травмы на производстве или дата установления профессионального заболевания специализированным учреждением здравоохранения.

4.10. В пункте 10 указывается дата очередного освидетельствования инвалида в МСЭК, соответствующая числу и месяцу даты освидетельствования из пункта 4.

4.11. В пункте 11 указывается нуждаемость в медицинской и социальной помощи.

4.12. В пункте 12 указывается номер акта освидетельствования МСЭК, на основании которого выдается выписка.

4.13. В пункте 13 указывается дата выдачи выписки.

4

5. Справка о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в медицинской и социальной помощи, выдается застрахованному:

5.1. В пункте 1 указывается местонахождение МСЭК.

5.2. В пункте 2 указывается профиль МСЭК.

5.3. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество застрахованного.

5.4. В пункте 4 указывается дата освидетельствования.

5.5. В пункте 5 словами указывается установленная группа инвалидности (первая А, первая Б, вторая, третья).

5.6. В пункте 6 указывается очередность освидетельствования (первичное, повторное).

5.7. В пункте 7 арабскими цифрами и прописью указывается установленная степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

5.8. В пункте 8 указывается дата очередного освидетельствования в МСЭК, соответствующая числу и месяцу даты освидетельствования из пункта 4.

5.9. В пункте 9 указывается нуждаемость в медицинской и социальной помощи.

5.10. В пункте 10 указывается номер акта освидетельствования МСЭК.

5.11. В пункте 11 указывается дата выдачи справки.

6. Каждая часть формы № 158-1/у подписывается председателем и заверяется печатью МСЭК.

7. Ответственным за правильность заполнения формы № 158-1/у является председатель МСЭК.

Министр В.В. Кучковой