**Форма программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания**

Приложение 2

к Постановлению Минтруда России

от 18 июля 2001 г. 56

ФОРМА ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Застрахованный обязан выполнять предусмотренные заключениями учреждениий медико- социальной экспертизы рекомендации по социальной, медицинской и профессиональной реабилитации, своевременно проходить медицинское переосвидетельствование в установленные указанными учреждениями сроки (п. 2 статьи 16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. 125-ФЗ "О социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний").

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Карта \_\_ к акту освидетельствования \_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 200\_ г.  
БМСЭ (название) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
4. Адрес местожительства:  
почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ село \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ раб.

5. Адрес места работы: почтовый индекс \_\_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Образование (высшее, среднее специальное, среднее общее) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Профессия (квалификация, разряд, категория), специальность \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Выполняемая на момент освидетельствования работа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Группа и причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Реабилитационно-экспертное заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Формы и объемы реабилитации | Срок проведения | Исполнитель | Отметка о выполнении |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Дополнительная медицинская помощь |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Дополнительное питание |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Лекарственные средства |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Изделия медицинского назначения (указать какие) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Посторонний уход: |  |  |  |
| Специальный медицинский |  |  |  |
| Бытовой |  |  |  |
| Санаторно-курортное лечение (указать профиль и в необходимых случаях срок) |  |  |  |
| С сопровождающим |  |  |  |
| Протезирование и обеспечение приспособлениями, необходимыми пострадавшему для трудовой деятельности и в быту (указать какими), а также их ремонт |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Обеспечение специальным транспортным средством |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Профессиональное обучение (переобучение) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

С содержанием программы медицинской, , профессиональной и социальной реабилитации ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пострадавшего) (Ф.И.О.)

Подпись руководителя учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Место для печати

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОВЫПОЛНЕНИИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО РЕАЛИЗОВАНА ПОЛНОСТЬЮ (НЕ ПОЛНОСТЬЮ)

Оценка результатов реализации программы медицинской реабилитации (подчеркнуть): достигнута компенсация; восстановление нарушенных функций; положительные результаты отсутствуют.

Оценка результатов программы, профессиональной реабилитации (подчеркнуть): профессиональная трудоспособность восстановлена; приобретено рабочее место (полная/неполная занятость); повышена конкурентоспособность на рынке труда; положительные результаты отсутствуют.

Оценка результатов реализации программы социальной реабилитации (подчеркнуть): обеспечение самообслуживания, самостоятельного проживания, интеграции в общество.

Положительные результаты отсутствуют.

Руководитель учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

Место печати