

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТСКОЙ
ИНВАЛИДНОСТИ МУЗ «ДГБ№4».
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ
ПАЦИЕНТОВ И ОФОРМЛЕНИЕ
НАПРАВЛЕНИЙ В БЮРО МСЭ

Зам. главного врача по КЭР
В.В.Мальгина

- **Инвалидность** (disability) – нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности.
- **Инвалид** – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.



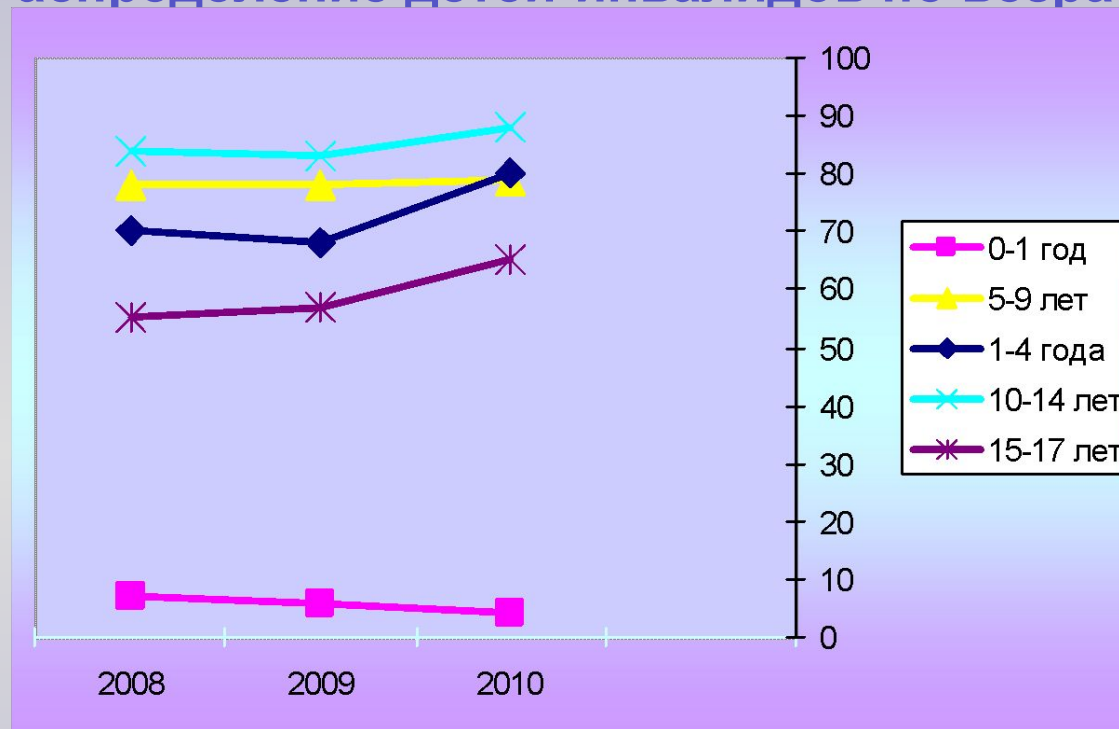
Нормативные акты:

- ФЗ №181 от 22.08.05г. «О социальной защите инвалидов в РФ»
- Приказ МЗ РФ №1013 от 23.12.09г. «Об утверждении классификации и критериев, используемых при осуществлении МСЭ граждан ФГУ МСЭ»
- Постановление №95 от 20.02.06г. «О порядке и условиях признания лица инвалидом»
- Приказ №77 от 31.01.07г. "Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь" (с изменениями от 28 октября 2009 г.)

Структура детей- инвалидов (01.01.2011г.)

- На учете состоит – 316 детей – инвалидов.
- (на 01.10.11-303)
- Из них 50 детей, воспитываются в специализированных интернатах и детских садах, 15 детей - воспитываются в семьях, относящихся к группе социального риска, 50 - в неполных семьях, 2 ребенка – опекаемые, 5 семей имеют 2-х детей – инвалидов, у 6 детей один или оба родителя инвалиды.
- Общая численность инвалидов среди мальчиков больше – 172 (55%), чем среди девочек – 144 (45%), и чем старше дети, тем эта разница более выражена.

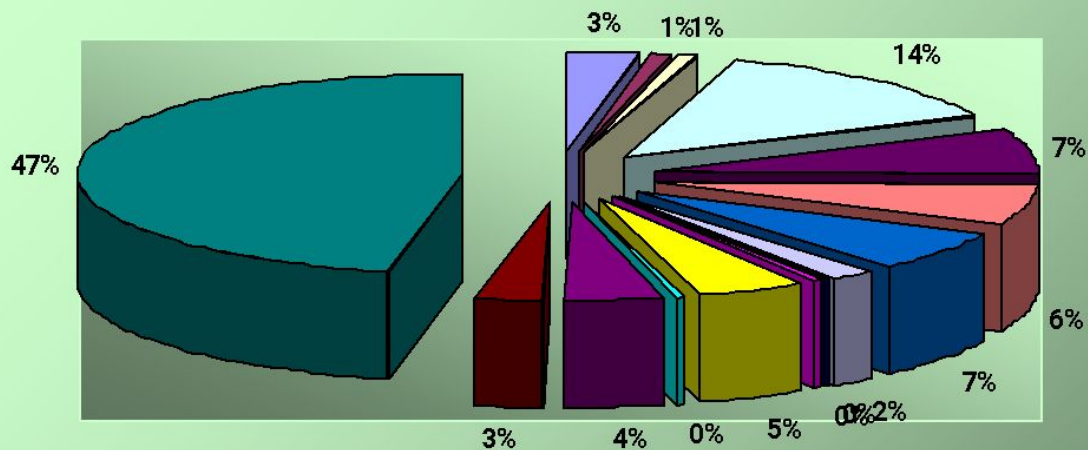
Распределение детей-инвалидов по возрасту



Наибольшее количество детей-инвалидов в возрастной группе с 10 до 14 лет - 28,4% . Данная тенденция прослеживается на протяжении 3-х лет и соответствует показателям по России. Однако в последние годы наметился рост детей-инвалидов в возрастной группе с 1-4.

Структура заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности

1. Врожденная патология – 46,8% (из них - 35 детей с ВПС), 2. Болезни нервной системы -13,6% (из них - 37 детей с ДЦП, 3 с эпилепсией)
 3. Болезни эндокринной системы – 7,3% (из них - 22 больных сахарным диабетом)
 4. Болезни глаза; болезни уха и сосцевидного отростка –6,3%
 5. Болезни костно-мышечной системы – 4,7%
 6. Отдельные состояния возникшие в перинатальном периоде- 4,1%,
 7. Новообразования, болезни органов дыхания – 3%
 8. Травмы, отравления– 2,8%
- Распределение по классам в течении трех лет сохраняется примерно на одном уровне.



- новообразования
- болезни крови и кроветворных органов
- болезни органов кровообращения
- болезни нервной системы
- болезни эндокринной системы
- болезни глаза
- болезни уха
- болезни органов дыхания
- болезни органов пищеварения
- болезни кожи и подкожной клетчатки
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- болезни мочеполовой системы
- отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде
- травмы, отравления
- врожденные аномалии и пороки развития

Структ

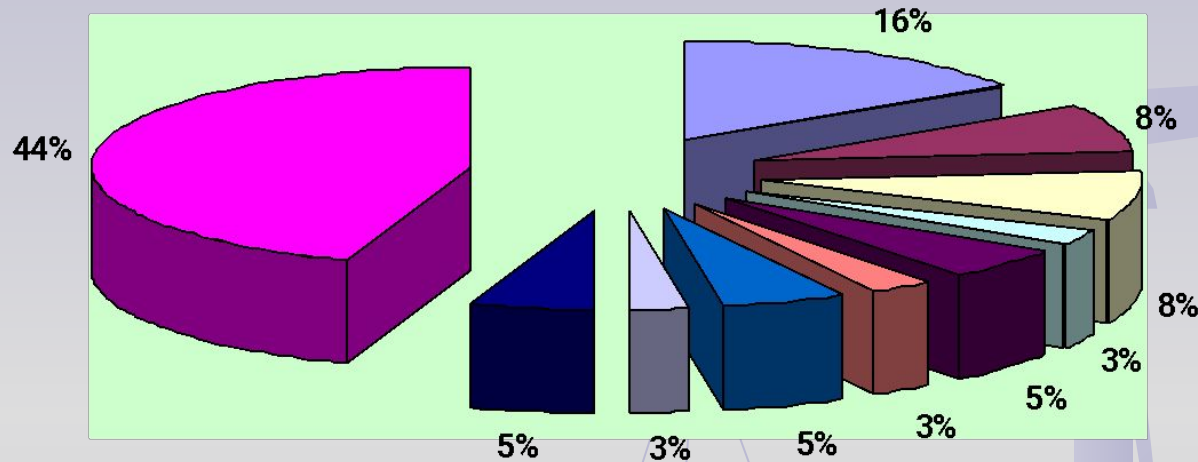
новение

Структура заболеваний детей-инвалидов, оформленных первично

1. Врожденная патология (44%)
2. Новообразования (16%)
3. Болезни нервной и эндокринной системы (8%)

Остается высоким число детей оформленных на инвалидность до 1 года (38%), основное количество детей оформляется на инвалидность в возрасте от 0 до 4 лет (71%). Это обусловлено увеличением тяжелой врожденной и перинатальной патологии, ведущей к нарушению функций и ограничению жизнедеятельности уже в раннем возрасте.

Структура заболеваний детей-инвалидов, оформленных первично



- Новообразования
- Болезни нервной системы
- Болезни эндокринной системы
- Болезни глаза
- Болезни уха
- Болезни органов ЖКТ
- Болезни костно-мышечной системы
- Болезни мочеполовой системы
- Отдельные состояния возникшие в перинатальном периоде
- Врожденные аномалии развития


- 
- П16. Постановления №95 от 20.02.2006г.:

«Организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.»

- ПРИКАЗ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.09 N 1013н
- *Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности*

Виды нарушений функций организма человека

- нарушения психических функций
- нарушения языковых и речевых функций
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности)
- нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
- нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
- нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

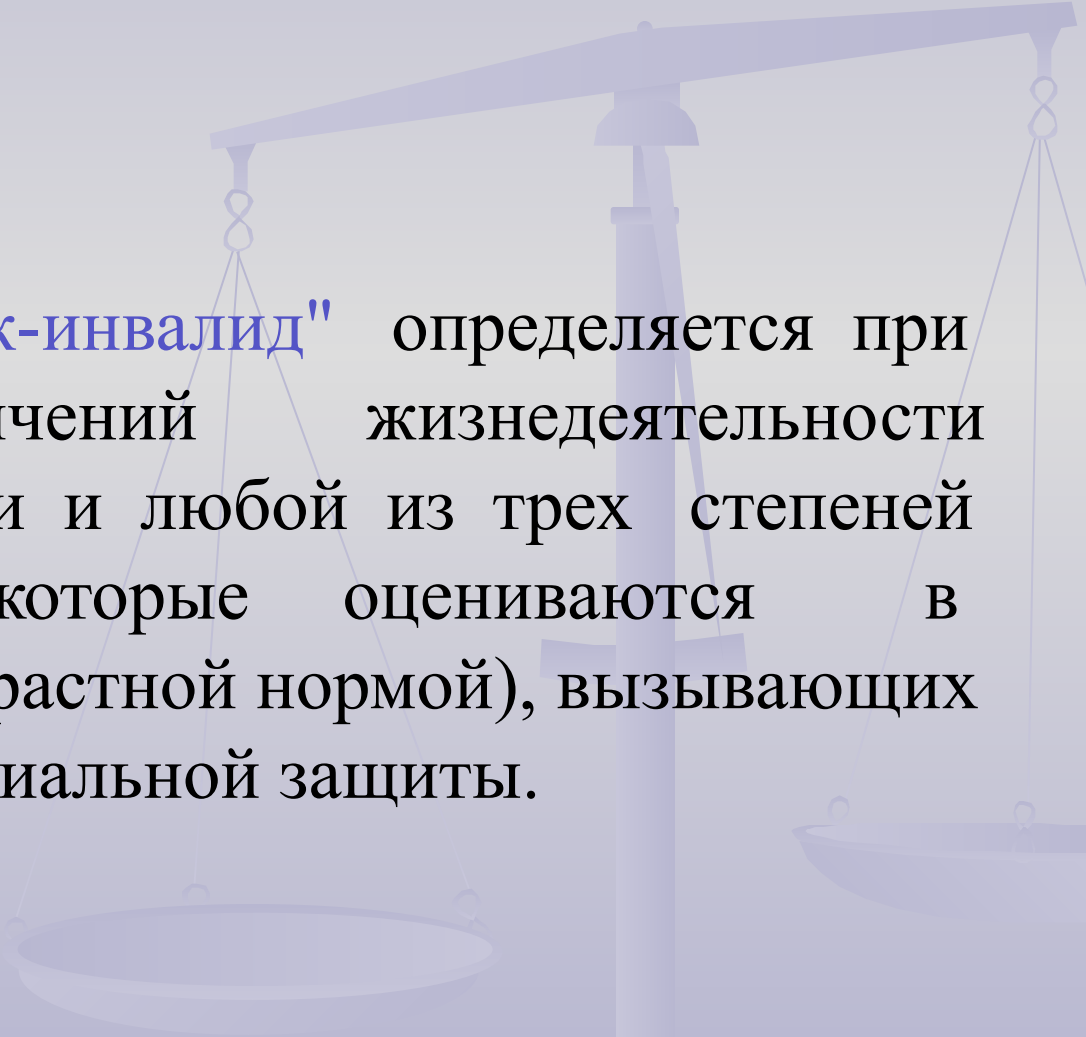


- Степень выраженности стойких нарушений функций организма

- 1 степень - незначительные нарушения,
- 2 степень - умеренные нарушения,
- 3 степень - выраженные нарушения,
- 4 степень - значительно выраженные нарушения.

Классификации основных категорий жизнедеятельности человека

- способность к самообслуживанию (способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены)
- способность к самостоятельному передвижению (способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом)
- способность к ориентации (способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения)
- способность к общению (способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации)
- способность контролировать свое поведение (способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм)
- способность к обучению способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми)
- способность к трудовой деятельности.

- 
- Категория "ребенок-инвалид" определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

NOTA BENE!

- Представлять на освидетельствование не ранее 6 мес. после установления диагноза, при отсутствии положительной динамики
- При первичном освидетельствовании обязательно стационарное лечение
- При повторном оформлении проведение комиссии начинать за 2 месяца до окончания срока, срок годности осмотров и обследований 1 месяц.
- Диагноз при направлении на МСЭ должен быть оформлен в соответствии с МКБ-10 с указанием шифра
- Может быть осуществлено заочное освидетельствование пациента либо освидетельствование на дому по письменному ходатайству председателя ВК.
- При предоставлении документов на ВК необходимо сделать ксерокопии всех выписок из стационара (по 2 экземпляра) и протоколов исследований (1 копия вклеивается в карточку)
- Оформляется характеристика на организованных детей
- Консультации специалистов других учреждений должны быть написаны на отдельных листах со штампом учреждения и быть заверены печатью и подписью председателя ВК

Документы необходимые для прохождения МСЭ

1. Паспорт родителя, который представляет интересы ребенка на МСЭ.
2. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка
3. Направление на МСЭ, заверенное подписью председателя ВК и печатью ВК.
4. Амбулаторная карта
5. Страховой полис ребенка

При повторном освидетельствовании +:

1. Пенсионное удостоверение
2. Розовая справка МСЭ
3. СНИЛС

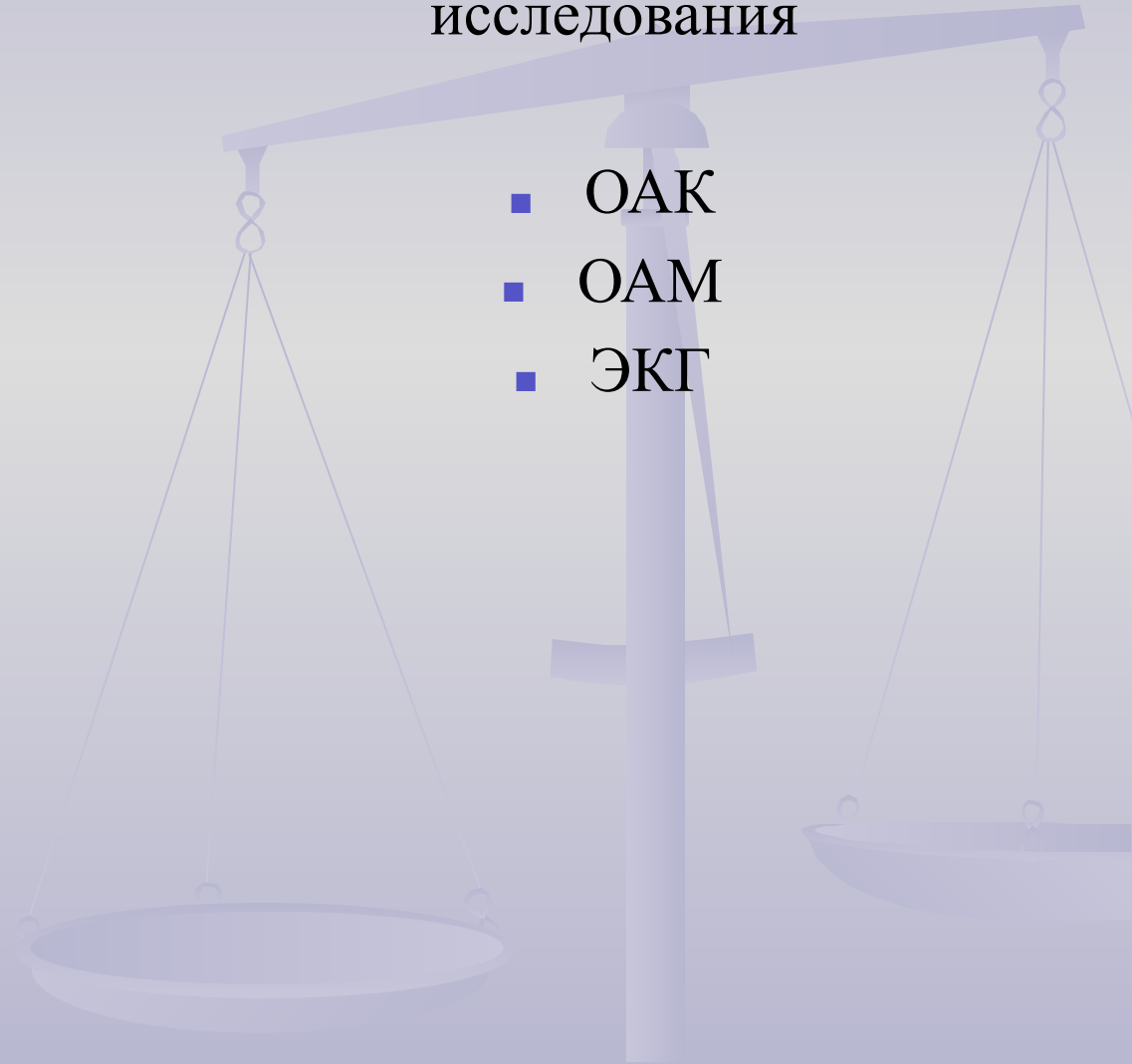
Основные специалисты и исследования при направлении на МСЭ

специалисты

- Невропатолог
- Окулист
- Хирург
- Педиатр
- Отоларинголог
- Психолог (с 3-х лет)

исследования

- ОАК
- ОАМ
- ЭКГ



- Особенности обследования больных и инвалидов при наиболее часто встречающихся заболеваниях:

- САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

1. Гликемический профиль
2. Гликированный гемоглобин
3. Биохимия крови (общий белок, холестерин, билирубин, мочеви́на, АЛаТ, АСаТ)
4. Микроальбуминурия (МАУ)
5. Консультация эндокринолога
6. УЗИ абдоминальное

■ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

1. ЭхоКГ
2. Консультация кардиохирурга
3. Консультация кардиолога
4. Обратить внимание на степень хронической сердечной недостаточности

■ НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

1. ЭхоКГ
2. Суточное мониторирование ЭКГ
3. Консультация аритмолога
4. Консультация кардиолога



- РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

1. Биохимический анализ крови (ревмотесты)
2. R-графия пораженных суставов
3. Консультация кардиолога
4. Консультация ортопеда, при наличии контрактур
5. Указать степень выраженности нарушения функции суставов

- СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

1. Общий белок и его фракции
2. С-реактивный белок
3. Определение LE клеток, антинуклеарного фактора в титрах
4. Консультация кардиолога

■ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

1. Иммунологическое обследование (IgE)
2. Копрология
3. Обследование на дисбиоз
4. Консультация аллерголога
5. Консультация гастроэнтеролога
6. Консультация дерматолога

■ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

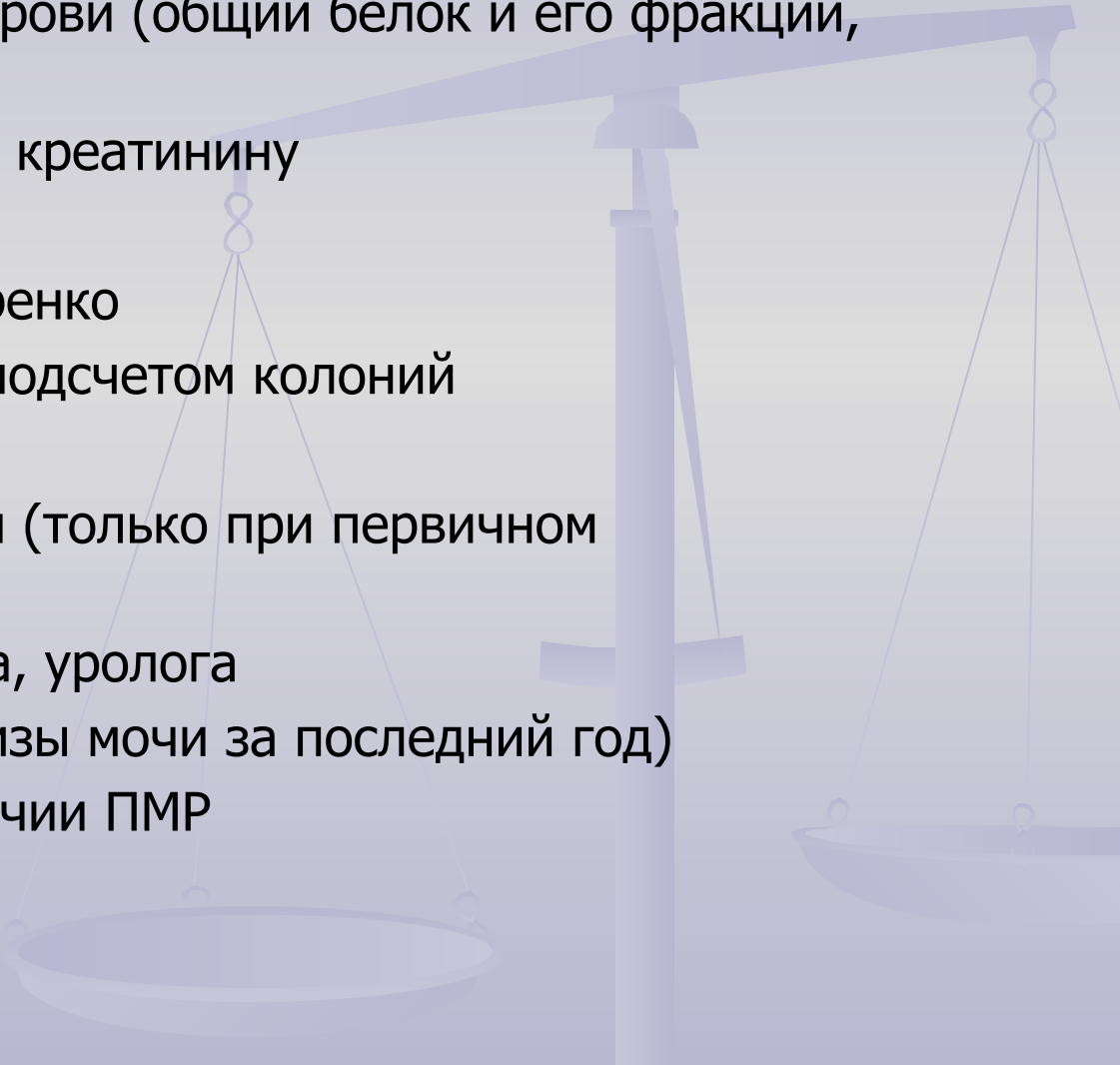
1. Иммунологическое обследование (IgE)
2. Исследование функции внешнего дыхания (спирография)
3. R-графия органов грудной клетки
4. Консультация аллерголога
5. Обратит внимание на эффективность проводимой терапии

A faint, light blue background image of a balance scale is visible. The scale is tilted, with the right pan being higher than the left pan. The central pillar and the weighing mechanism are clearly visible.

■ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

1. Биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, липиды, К, Na)
2. Определение суточной экскреции белка с мочой
3. Проба Зимницкого
4. Анализ мочи по Нечипоренко
5. УЗИ почек
6. Биопсия почек (только при первичном освидетельствовании)
7. Консультация нефролога
8. Мочевой лист (все анализы мочи за последний год)

■ ПИЕЛОНЕФРИТ

1. Биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин)
 2. Клиренс по эндогенному креатинину
 3. Проба Зимницкого
 4. Анализ мочи по Нечипоренко
 5. Посев мочи на флору с подсчетом колоний
 6. УЗИ почек
 7. Экскреторная урография (только при первичном освидетельствовании)
 8. Консультация нефролога, уролога
 9. Мочевой лист (все анализы мочи за последний год)
 10. Цистография – при наличии ПМР
- 



■ ЭПИЛЕПСИЯ

1. МРТ головного мозга
2. ЭЭГ с функциональными нагрузками
3. Консультация эпилептолога, психиатра

■ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

1. Эхо ЭГ или неросонография
2. Консультация ортопеда при наличии контрактур
3. Сила мышц в баллах



■ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1. МРТ или КТ
2. Краниограмма при дефекте черепа с описанием размеров дефекта
3. ЭхоЭГ, ЭЭГ
4. Исследование глазного дна
5. Консультация нейрохирурга
6. Консультация психиатра (при наличии органических расстройств)



- **БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА**

1. Острота зрения
2. Глазное дно и давление
3. Поля зрения

- **БОЛЕЗНИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА**

1. Аудиограмма
2. Консультация сурдолога

■ СКОЛИОЗЫ

1. R-графия позвоночника с описанием углов искривления
2. Spiroграфия
3. Консультация ортопеда, вертебролога с описанием функции позвоночника

■ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ

1. R-графия костей в динамике
2. Консультация ортопеда с описанием локального статуса, обратить внимание на степень деформации и контрактур, объем движений



■ ГЕПАТИТЫ

1. Биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, билирубин, трансаминазы, тимоловая проба, щелочная фосфатаза, холестерин, ПТИ)
2. Маркеры гепатита
3. УЗИ печени
4. Консультация инфекциониста

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации _____ наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. N 77 Медицинская документация Форма N 088/у-06

- НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,
- ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

- Дата выдачи " __ " _____ 20__ г. **(проставляет председатель ВК)**
- 1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (далее - гражданин): Иванов Иван Иванович
- 2. Дата рождения: 10.11.1997г. 3. Пол: м, ж
- 4. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина (заполняется при наличии законного представителя): Иванова Наталья Петровна
- 5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации): г. Омск, ул. 24 Северная 168/1-15
адрес проживания: г. Омск 21 Амурская 14-3
- 6. Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория "ребенок-инвалид" (нужное подчеркнуть).

- 7. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____
■ (заполняется при повторном направлении)
- 8. Направляется первично, повторно (нужное подчеркнуть).
- 9. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу: _____
■ (указать должность, профессию, специальность, квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: "не работает")
- 10. Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин: _____
- 11. Условия и характер выполняемого труда: _____
■ _____
- 12. Основная профессия (специальность): _____
- 13. Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание): _____
■ _____
- 14. Наименование и адрес образовательного учреждения: _____
■ гимназия №85 ул.Фрунзе _____
■ _____
■ _____
■ _____

- 15. Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть): 7 класс
- 16. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: _____
- 17. Наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, с 2007 года.
- 18. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):
 - (подробно описывается при первичном направлении; при повторном направлении отражается динамика за период между освидетельствованиями, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма)
 - Ребенок болен с 2006г., когда впервые появились приступы одышки, аллергологом выставлен диагноз Бронхиальная астма. Частота приступов в начале заболевания 1-2 раза в месяц, возникали приступы после контакта с животными, снимались ингаляциями Сальбутамола. С 2008 года приступы участились, причиной возникновения служил не только контактами с животными, но и цветение растений, физическая нагрузка, бытовая пыль. Не смотря на проводимую базисную терапию Серетидом, оздоровление в ОВЛ 2 раза в год (ИРТ, спелеотерапия, массаж, ЛФК), стационарное лечение 2 раза в год, санаторно-курортное лечение - состояние по заболеванию ухудшилось к маю 2009г., приступы практически ежедневно, снимались ингаляциями Беродуала через небулайзер. При стационарном лечении в ДКБ№2 диагноз: Бронхиальная астма atopическая, тяжелой ст. Дальнейшее лечение и проведение реабилитационных мероприятий в течении 6 месяцев результата не дало. Состояние по заболеванию без улучшения. Впервые оформлен на инвалидность в октябре 2009г. За период, прошедший с последнего переосвидетельствования состояние ребенка по заболеванию сохраняется тяжелое, приступы 1 раз в 1-2 дня, снимаются беродуалом через небулайзер.
 - Направляется на МСЭ в связи с наличием признака нарушения кардиореспираторной функции, приводящему к ограничению жизнедеятельности в виде снижения способности к передвижению и обучению.

- 19. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательной-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением):
 - Мальчик от II беременности, протекавшей на фоне токсикоза, угрозы прерывания в 16 недель, срочных родов, протекавших с дородовым излитием вод, безводным периодом 9 часов. Родился с т 3200г., l 51см. Оценка по Апгер 5/7 баллов. Рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю. На грудном вскармливании до 2-х месяцев. До 1 года наблюдался неврологом с Ds: Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС, синдром двигательных нарушений. В дошкольном периоде часто болел острыми респираторными заболеваниями, перенес острую внебольничную пневмонию. Из инфекционных заболеваний перенес в 1999г. Ветряную оспу. Травм, операций не было.
 - Генеалогический анамнез отягощен по кардиореспираторной патологии: у мамы ребенка Бронхиальная астма, атопическая легкая.
 - Аллергологический анамнез: аллергическая реакция в виде приступов одышки на пыль, шерсть животных, пыльцу растений; аллергическая реакция в виде сыпи на сладкое, молочные продукты, цитрусовые.
 - _____
 - _____

Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз
<ul style="list-style-type: none"> ■ 20. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев): (по инвалидизирующему заболеванию) 			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Указывается как стационарное, амбулаторное лечение 			

11.03.10

29.03.10

19 дней

*ДКБ№2, Бронхиальная астма
атопическая, тяжелая,
приступный период*

23.06.10

23.06.10

11 дней

*ДКБ№4 Бронхиальная астма
атопическая, тяжелая,
приступный период*

15.09.10

29.09.10

15 дней

*ДКБ№2, Бронхиальная астма
атопическая, тяжелая,
приступный период*

- 21. Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (заполняется при повторном направлении, указываются конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, а также сроки, в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют)
- Реабилитационные мероприятия проведены в полном объеме. Ребенок регулярно наблюдается аллергологом (4 раза в год), педиатром. Дважды получил стационарное лечение в ДКБ№2 (март 2010 и сентябрь 2010г.). Постоянно получает базисный препарат Серетид+Беродуал при приступах. Проведено 2 курса лечения в ОВЛ (ИРТ №10, спелеотерапия №10, «Биоптрон» №7, массаж грудной клетки №10, ЛФК №20). Оздоровлен в ДСОЛ им.Карбышева в июле 2010г. Несмотря на проводимые реабилита-ционные мероприятия положительные результаты отсутствуют.

-
-
-
-
-
-
-
-

- 22. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу
- (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей
- Педиатр 17.10.10г.
- Жалобы на приступы одышки, 1 раз в 1-2 дня, чаще в ночной период, снимаются ингаляциями беродуала через небулайзер; головные боли, повышенную утомляемость.
- На момент осмотра состояние ребенка по заболеванию средней степени тяжести.
- Кожные покровы бледные, под глазами тень интоксикации, в локтевых сгибах и на лице мелкопапулезная сыпь, розового цвета, без склонности к слиянию, следы расчесов. ПЖК развита умеренно, распространена равномерно. Видимые слизистые розовые, миндалины гипертрофированы до II размера. Пальпируются периферические лимфоузлы: подчелюстные, задние шейные I-II размера, эластичные, безболезненные, не спаянные между собой и с подлежащими тканями. Грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук над всей поверхностью с коробочным оттенком, аускультативно – дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий безболезненный, печень у края реберной дуги, при пальпации эластичная безболезненная, селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.
- _____
- Ds: Бронхиальная астма, атопическая тяжелая, постприступный период. (J45.0)
- Соп: Атопический дерматит, локальная форма. (L20.8) Плоскостопие I ст двухстороннее (M21.4)
- _____

подпись и печать врача

- 24. Масса тела (кг) 47, рост (м) 148, индекс массы тела _____.
- 25. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).
- 26. Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).
- 27. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).
- 28. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:
 - а) код основного заболевания по МКБ J45.0
 - б) основное заболевание:
 - Бронхиальная астма, атопическая, тяжелая.
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - в) сопутствующие заболевания:
 - Атопический дерматит, локальная форма. (L20.8)
 - Плоскостопие I ст, двухстороннее. (M21.4)
 - _____
 - _____
 - г) осложнения:
 - _____
 - _____
 - _____

- 29. Клинический прогноз: а) благоприятный, б) относительно благоприятный,
- в) сомнительный (неопределенный), г) неблагоприятный

- 30. Реабилитационный потенциал: а) высокий, б) удовлетворительный,
- в) низкий

- 31. Реабилитационный прогноз: а) благоприятный, б) относительно благоприятный,
- в) сомнительный (неопределенный), г) неблагоприятный

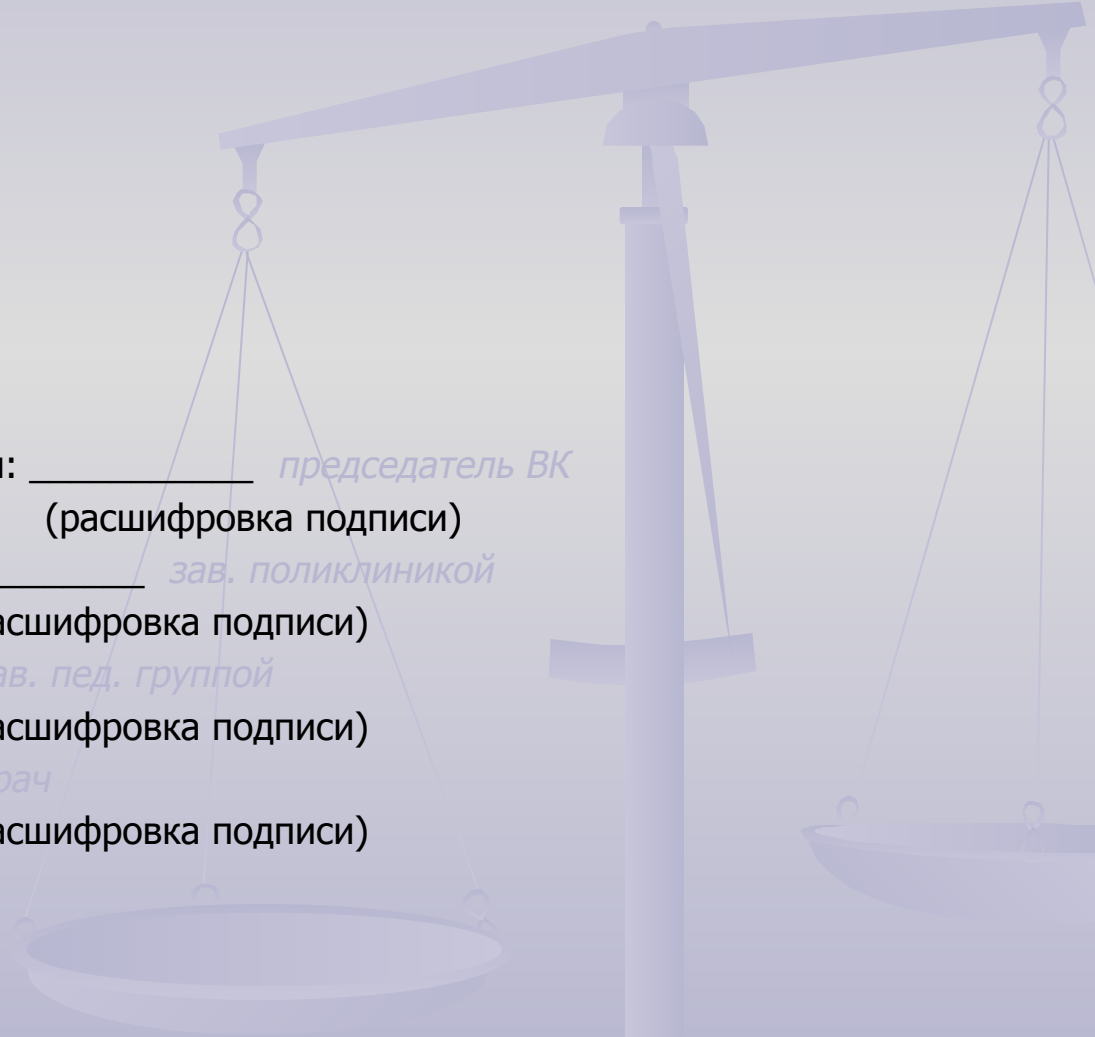
- 32. Цель направления на медико-социальную:
 - а) для установления инвалидности,
 - б) степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах,
 - в) для разработки (коррекции) индивидуальной программы
 - реабилитации ребенка-инвалида (программы реабилитации пострадавшего в
 - результате несчастного случая на производстве и
 - профессионального заболевания),
 - г) для другого (указать):
- ---

- 33. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания:

- 1. «Д» наблюдение аллерголога 2 раза в год. 2.
- Постоянный прием базисной терапии
- 3.Стационарное лечение по показаниям
- 4.Лечение в ОВЛ 2 раза в год (ИРТ, спелеотерапии, массаж, ЛФК)
- 5.Санаторно-курортное лечение 1 раз в год в санатории пульмонологического профиля.
- 6.Технические средства реабилитации 7.
- Оперативное лечение

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- _____ (указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, заключение о санаторно-курортном лечении с предписанием профиля,
- кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения, о нуждаемости в специальном медицинском уходе лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний,
- о нуждаемости в лекарственных средствах для лечения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, другие виды медицинской реабилитации)

- 
- Председатель врачебной комиссии: _____ *председатель ВК*
(подпись) (расшифровка подписи)
 - Члены врачебной комиссии: _____ *зав. поликлиникой*
(подпись) (расшифровка подписи)
 - _____ *зав. пед. группой*
(подпись) (расшифровка подписи)
 - _____ *врач*
(подпись) (расшифровка подписи)
 - М.П.

■ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

- Это возможности больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие свои биологические и социально-психологические механизмы восстановления нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе.
- *Высокий* – при возможности достижения полного восстановления здоровья.
- *Удовлетворительный* – в случае неполного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренного выраженного нарушения функций.
- *Низкий* – если имеет место медленно прогрессирующее течение хронического заболевания, выраженное нарушение функций.

■ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОГНОЗ

- Предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала (возможный результат реабилитации)
- *Благоприятный* – при возможности полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и полной социальной интеграции инвалида
- *Относительно благоприятный* – при возможности частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности, уменьшения степени их ограничения
- *Сомнительный* – неясный прогноз
- *Неблагоприятный* - при невозможности восстановления или компенсации нарушенных ограничений жизнедеятельности.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!