

ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

83003, г. Донецк-3, пр-т Ильича, 14-И Тел. (062)312-91-26, E-mail: minzdrav.dnr@mail.ru

П Р И К А З

09 ноября 2015г.

г.Донецк

№ 012.1/526

Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в медико-социальных экспертных комиссиях, и Инструкций по их заполнению



С целью приведения в соответствие с законодательством системы учета и отчетности службы медико-социальной экспертизы, в соответствии с п.п. 7,11,13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10.01.2015 № 1-33, п.1.9.Положения о медико-социальной экспертизе, утвержденного постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 24.07.2015 № 14-21,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы первичной учетной документации:

1.1. Форму № 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» и Инструкцию по ее заполнению, Приложение 1.

1.2. Форму № 157-1/у «Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией» и Инструкцию по ее заполнению, Приложение 2.

1.3. Форму № 158/у «Справка о результатах определения у застрахованного лица степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах» и Инструкцию по ее заполнению, Приложение 3.

1.4. Форму № 158-1/у «Выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждасмости в предоставлении медицинской и социальной помощи» и Инструкцию по ее заполнению, Приложение 4.

1.5. Форму № 168-1/у «Справка о причинно-следственной связи смерти с профессиональным заболеванием или трудовым увечьем» и Инструкцию по ее заполнению, Приложение 5.

2. Утвердить «Инструкцию о порядке выдачи дубликатов» форм первичной учетной документации, утвержденных настоящим приказом, Приложение 6.

3. Установить, что персональные данные, которые содержатся в формах первичной учетной документации, утвержденных настоящим приказом, обрабатываются в соответствии с требованиями законодательства о защите персональных данных.

4. Руководителю Республиканского Центра медико-социальной экспертизы принять соответствующие меры к обеспечению медико-социальных экспертных комиссий бланками утвержденных форм.

5. Председателям республиканских, межрайонных медико-социальных экспертных комиссий обеспечить учет форм первичной учетной документации, утвержденных настоящим приказом, контроль за их использованием, сроками хранения.

6. Контроль исполнения приказа возложить на Директора Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Китик Л.И.

7. Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр



В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма Идентификационный код	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
	Форма первичной учетной документации № 156-1/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ ДНР 0 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/526

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,

 имя, отчество)

3. _____
 (группа инвалидности)

4. Дата освидетельствования _____
 (число, месяц, год)

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, кресла-коляски с электроприводом)

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 _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

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 (далее - 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

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
09.11.2015 № 012.1/526

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма Идентификационный код		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
		Форма первичной учетной документации № 157-1/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ ДНР 0 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/526

ВЫПИСКА
из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией
к справке серии _____ № _____
(направляется по месту назначения пенсии)

1. _____
(местонахождение МСЭК)

2. _____
(профиль МСЭК)

3. _____
(фамилия, имя, отчество инвалида)

4. Дата рождения _____ 5. Место проживания _____
(число, месяц, год)

6. Дата освидетельствования _____ 7. Освидетельствование _____
(число, месяц, год) (первичное, повторное)

8. Группа инвалидности _____
(словами)

9. Причина инвалидности _____

10. Инвалидность установлена до _____ 20 ____ года

11. Дата очередного освидетельствования _____
(число, месяц, год)

12. Срок зачтен с _____

----- линия отреза -----

Заключение медико-социальных экспертных комиссий об условиях и характере труда инвалида является обязательным для администрации предприятий, учреждений и организаций.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНР

1. _____
(местонахождение МСЭК)

2. _____
(профиль МСЭК)

СПРАВКА
к акту освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией
(выдается инвалиду)

3. Серия _____ № _____

4. _____
(фамилия, имя, отчество инвалида)

5. Дата рождения _____ 6. Дата освидетельствования _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

7. Освидетельствование _____
(первичное, повторное)

8. Группа инвалидности _____
(словами)

9. Причина инвалидности _____

10. Инвалидность установлена до _____ 20 ____ года

11. Дата очередного освидетельствования _____
(число, месяц, год)

12. Срок зачтен с _____

13. Диагноз МСЭК _____

14. Заключение об условиях и характере труда _____

15. Рекомендованные мероприятия по восстановлению трудоспособности инвалида _____

16. Основание: акт освидетельствования МСЭК № _____

17. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Председатель МСЭК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

----- линия отреза -----

13. Заключение об условиях и характере труда _____

14. Рекомендованные мероприятия по восстановлению трудоспособности инвалида _____

15. Основание: акт освидетельствования МСЭК № _____

16. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Председатель МСЭК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____ Идентификационный код	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
	Форма первичной учетной документации № 158/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ ДНР 0 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/526

С П Р А В К А
о результатах определения у застрахованного лица степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
 (выдается страхователю)

Серия _____ № _____

1.	(местонахождение МСЭК)
2.	(профиль МСЭК)
3.	(фамилия, имя, отчество застрахованного лица)

✂.....*линия отреза*.....✂

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНР

С П Р А В К А
о результатах определения у застрахованного лица степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
 (выдается застрахованному лицу)

Серия _____ № _____

1.	(местонахождение МСЭК)
2.	(профиль МСЭК)
3.	(фамилия, имя, отчество застрахованного лица)

4. Дата освидетельствования | | | | | | | | | |
 (число, месяц, год)

4. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

(указывается словами)

5. Причина утраты профессиональной трудоспособности _____

6. Дата установления страхового случая _____

7. Основание:

акт освидетельствования МСЭК № _____

8. Дата освидетельствования

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, месяц, год)

М.П.

Председатель МСЭК _____
(подпись)
Ф.И.О.)

✂ линия отреза ✂

5. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

(указывается словами)

6. Основание:

акт освидетельствования МСЭК № _____

7. Дата освидетельствования

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, месяц, год)

М.П.

Председатель МСЭК _____
(подпись)
(Ф.И.О.)

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учетной документации № 158/у "Справка о результатах определения у застрахованного лица степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах"

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации "Справка о результатах определения у застрахованного лица степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах" (далее - форма № 158/у).

2. Форма № 158/у заполняется тем больным, которые подлежат обязательному государственному личному страхованию в случае утраты ими трудоспособности в результате травмы (ранения, контузии или увечья), заболевания, полученных при исполнении или прохождении военной службы или служебных обязанностей.

3. Форма № 158/у состоит из двух частей: одна выдается страхователю, вторая выдается застрахованному.

4. Часть справки, которая выдается страхователю:

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 арабскими цифрами и прописью указывается установленная степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

4.5. В пункте 5 указывается в связи с чем установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (травма при исполнении, заболевание при прохождении военной службы или исполнении служебных обязанностей и др.).

4.6. В пункте 6 указывается дата установления страхового случая.

4.7. В пункте 7 указывается номер акта освидетельствования МСЭК.

4.8. В пункте 8 указывается дата освидетельствования в МСЭК.

5. Часть справки, которая 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 в МСЭК.

5.5. В пункте 5 арабскими цифрами и прописью указывается установленная степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

5.6. В пункте 6 указывается номер акта освидетельствования.

5.7. В пункте 7 указывается дата выдачи справки.

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

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

Министр

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
 Приказ Министерства
 здравоохранения Донецкой
 Народной Республики
 09.11.2015 № 012.1/526

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____ Идентификационный код <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
	Форма первичной учетной документации № 158-1/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ ДНР 0 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/526

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 освидетельствования	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Группа инвалидности
	(число, месяц, год)	(указать словами)
6. Освидетельствование:	_____	(первичное, повторное)

✂.....*линия отреза*.....

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНР
С П Р А В К А
**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 освидетельствования	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Группа инвалидности
	(число, месяц, год)	(указать словами)
6. Освидетельствование	_____	(первичное, повторное)

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)

(_____)
_____)
(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)

(_____)
_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

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.

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

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</p> <p>Идентификационный код</p>	<p align="center">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p align="center">Форма первичной учетной документации № 168-1/у</p> <p align="center">УТВЕРЖДЕНО</p> <p align="center">Приказ МЗ ДНР 0 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/526</p>
---	---

СПРАВКА

о причинно-следственной связи смерти с профессиональным заболеванием или трудовым увечьем

Серия _____ № _____

1. Профиль МСЭК _____
2. Предприятие, учреждение, организация, выдавшее направление на МСЭК _____
3. Фамилия, имя, отчество умершего _____
4. Дата рождения _____ (число, месяц, год)
5. Дата смерти _____ (число, месяц, год)
6. Заключение МСЭК: _____ (установлена, не установлена)
причинно-следственная связь смерти с профессиональным заболеванием _____
трудовым увечьем от _____
7. Основание: акт МСЭК № _____ от _____. _____. 20____ года

Председатель МСЭК _____

М.П.(подпись) _____ (Ф. И.О.)

----- линия отреза -----

СПРАВКА

о причинно-следственной связи смерти с профессиональным заболеванием или трудовым увечьем

Серия _____ № _____

1. Профиль МСЭК _____
2. Предприятие, учреждение, организация, выдавшее направление на МСЭК _____
3. Фамилия, имя, отчество умершего _____
4. Дата рождения _____ (число, месяц, год)
5. Дата смерти _____ (число, месяц, год)
6. Заключение МСЭК: _____ (установлена, не установлена)
причинно-следственная связь смерти с профессиональным заболеванием _____
трудовым увечьем от _____
7. Основание: акт МСЭК № _____ от _____. _____. 20____ года

Председатель МСЭК _____

М.П.

(подпись)

(Ф. И.О.)

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учетной документации № 168-1/у "Справка о причинно-следственной связи смерти с профессиональным заболеванием или трудовым увечьем"

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации "Справка о причинно-следственной связи смерти с профессиональным заболеванием или трудовым увечьем" (далее - форма № 168-1/у).

2. Форма № 168-1/у состоит из двух частей, одинаковых по смыслу и тексту. Верхняя ее часть направляется предприятию, учреждению, организации, выдавшему направление на проведение медико-социальной экспертизы, а нижняя - лицу, которое находилось на иждивении.

3. Все реквизиты данной формы заполняются согласно акту определения причинно-следственной связи смерти с профессиональным заболеванием (отравлением) или трудовым увечьем.

4. В пункте 1 указывается профиль МСЭК.

5. В пункте 2 указывается наименование предприятия, учреждения, организации, направившей документы на проведение медико-социальной экспертизы.

6. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество умершего.

7. В пункте 4 указывается дата рождения умершего.

8. В пункте 5 указывается дата смерти согласно свидетельству о смерти.

9. В пункте 6 словами указывается заключение МСЭК: установлена или не установлена причинно-следственная связь; с каким профессиональным заболеванием (диагноз, кратко) или с каким трудовым увечьем (дата, согласно акту о несчастном случае на производстве). Если связь установлена, указать с какой даты (соответствует дате регистрации документов в журнале учета документов для рассмотрения вопроса о причинно-следственной связи).

10. В пунктах 7 и 8 указывается номер акта определения причинно-следственной связи смерти с профессиональным заболеванием или трудовым увечьем и дата окончания экспертизы.

11. Форма № 168-1/у заверяется подписью председателя и печатью МСЭК.

12. Ответственным за правильность заполнения формы № 168-1/у является председатель МСЭК.

Министр

В.В.Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
09.11.2015 № 012.1/526

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке выдачи дубликатов форм первичной учетной документации,
утвержденных данным приказом

1. Эта Инструкция определяет порядок выдачи дубликатов форм первичной учетной документации, утвержденных данным приказом, в случае их утраты, порчи.

2. В случае утраты (порчи) выданного бланка формы первичной учетной документации, утвержденного данным приказом, медико-социальная экспертная комиссия (далее МСЭК) выдает дубликат выписки (справки) по запросу органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, другие социальные выплаты, по заявлению освидетельствованного (его законного представителя).

3. В запросе, заявлении указываются обстоятельства утраты (порчи) выписки (справки), место ее выдачи, цель выдачи дубликата.

4. Дубликат выписки (справки) выдается на основании акта освидетельствования, в соответствии с которым была выдана утраченная (испорченная) выписка (справка). При этом заполняется новый акт освидетельствования МСЭК (без оформления направления на МСЭК по форме № 088/у), в котором делается запись о выдаче дубликата. В случае утери акта освидетельствования, в соответствии с которым была выдана утраченная (испорченная) выписка (справка), дубликат выдается на основании журнала протоколов заседаний МСЭК.

5. Дубликат выписки выдается на бланке выписки (дубликат справки - на бланке справки). В правом верхнем углу бланка выписки (справки) делается запись "Дубликат".

6. Все графы бланка заполняются в соответствии с графами акта освидетельствования или журнала протоколов заседаний МСЭК.

7. Ниже строки "Дата выдачи" делается запись "Дубликат выдан" и указывается дата выдачи дубликата.

8. Ниже строки «Председатель МСЭК» вносится подпись, фамилия председателя и печать МСЭК, выдавшей дубликат.

Министр

В.В. Кучковой