



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

10 июня 2022 г.

Донецк

№ 116/20

О внесении изменений в Приказ
от 15 сентября 2015 года № 67/2



С целью эффективного обеспечения, упорядочения и актуализации данных по учету и обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов и других отдельных категорий населения, в соответствии с Типовым Порядком обеспечения техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов и других отдельных категорий населения, утвержденным Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 г. № 1-29, руководствуясь подпунктом 2.2.8 пункта 2.2, пунктом 2.7 Положения о Министерстве труда и социальной политики Донецкой Народной Республики в новой редакции, утвержденного Постановлением Правительства Донецкой Народной Республики от 10 октября 2019 г. № 30-12,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приложения, утвержденные Приказом Министерства труда и социальной политики Донецкой Народной Республики от 15 сентября 2015 г. № 67/2 «Об утверждении форм документов по учету и обеспечению инвалидов, детей-инвалидов и других отдельных категорий населения техническими и другими средствами реабилитации», зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 24 сентября 2015 г. под регистрационным № 518, следующие изменения:

1.1. Заказ на изготовление протезно-ортопедического изделия изложить в новой редакции (прилагается);

1.2. Заказ на изготовление ортопедической обуви изложить в новой редакции (прилагается);

1.3. Заказ на протезирование молочной железы изложить в новой редакции (прилагается);

1.4. Карту протезирования изложить в новой редакции (прилагается).

2. Координацию работы и контроль по исполнению настоящего Приказа возложить на департамент по вопросам ветеранов, инвалидов и других категорий Министерства труда и социальной политики Донецкой Народной Республики.

3. Настоящий Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

И.о. Министра



Л.В. Толстыкина

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства труда и
социальной политики
Донецкой Народной Республики
от « 15 » сентября 2015 г. № 67/2
(в редакции Приказа Министерства
труда и социальной политики
Донецкой Народной Республики
от 20 июля 2015 № 116/18)

ЗАКАЗ* № _____
на изготовление протезно-ортопедического изделия

« _____ » _____ 20 ____ г. к карте протезирования № _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Работающий (ая) _____

(да/нет)

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выданный _____

(кем, дата)

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____ выдано _____

(кем, дата)

Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____

(кем, дата)

Льготная категория _____

Категория _____ Группа инвалидности _____

Диагноз _____

Вес пациента _____

Рост пациента _____

Степень мобильности _____

Уровень двигательной нагрузки _____

Уровень функциональных и косметических свойств _____

Назначение врача _____

Протез _____ Голени Бедро _____

Крепление: пояс узкий, широкий, вакуумное,
поясничный бандаж _____

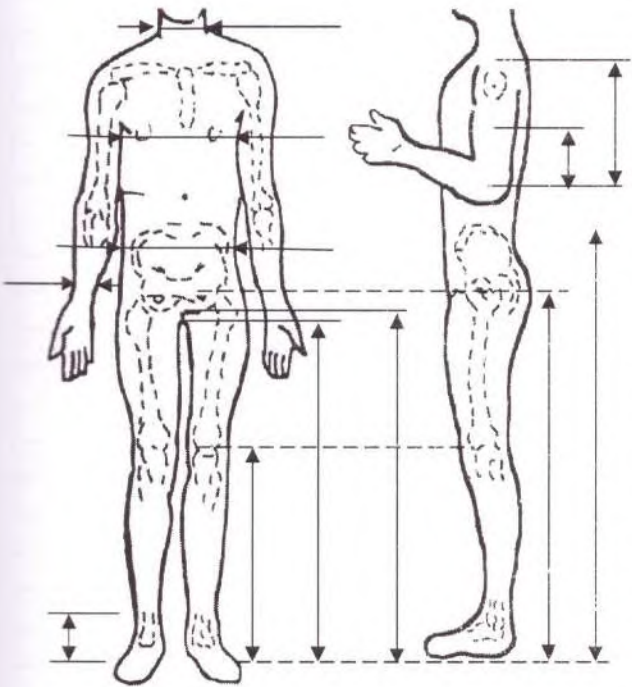
Косметика _____

Гипсовая модель _____

Врач: _____

(фамилия, инициалы)

(подпись)



Технологический процесс:

Технологические операции	ФИО	Стоимость

Замечания, примечания:

Примерки:

Дата вызова на примерку	Дата примерки	Результат примерки	Замечания пациента	Мероприятия по устранению недостатков	Подпись

Дата изготовления изделия _____ Дата выдачи изделия _____

Отметка медицинского контроля: _____

Отметка технического контроля: _____

Стоимость изделия _____ руб. _____ коп. _____

(стоимость изделия прописью)

Изделие получил(а), претензий не имею _____

(фамилия, инициалы получателя)

(подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Замечания, предложения, пожелания заказчика: _____

Регистратор _____

(фамилия, инициалы)

(подпись)

*Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных».

УТВЕРЖДЕН
 Приказом Министерства труда и
 социальной политики
 Донецкой Народной Республики
 от « 15 » сентября 2015 г. № 67/2
 (в редакции Приказа Министерства
 труда и социальной политики
 Донецкой Народной Республики
 от 10 июня 2016 г. № 116/20)

ЗАКАЗ* № _____
на изготовление ортопедической обуви

« _____ » _____ 20 ____ г.

к карте протезирования № _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Работающий (ая) _____

(да/нет)

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

(кем, дата)

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____ выдано _____

(кем, дата)

Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____

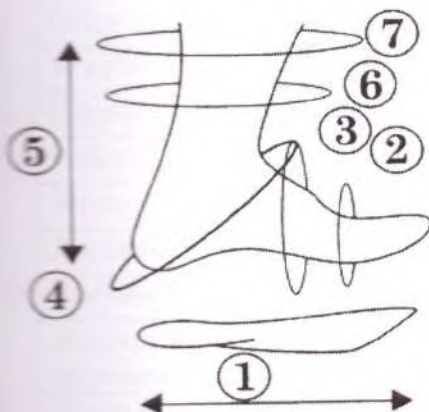
(кем, дата)

Льготная категория _____

Категория _____ Группа инвалидности _____

Диагноз _____

Контур следа (прилагается)



№	Размер стопы, мм.	Правая	Левая
1	Длина стопы		
2	Обхват пучков		
3	Обхват прямого подъема		
4	Обхват косо́го объема		
5	Высота берца		
6	Обхват голени над щиколотками по высоте (указать высоту)		
7	Обхват голени по высоте берцов		
8	Высота жестких берцов		
9	Высота медиальной		
10	Высота латеральной щиколотки		
11	Абсолютная разница длины ног		
12	Функциональная разница длины ног		

Метод крепления _____

Рант: в пяточной части обуви, круговой _____

Подкладка: байковая, кожаная, из искусственного меха _____

Материалы верха: кожа хромовая _____

Материалы низа: кожа для низа обуви, микропористая резина, формованная подошва (ПУ), _____

Цвет обуви: черный, коричневый, беж, другой _____

Каблуки: кожаные, микропористые, формованные _____

Высота каблука _____ мм

Форма носовой части обуви (узкая, средняя, широкая) _____

Врач: _____
(фамилия, инициалы) (подпись)

С назначением ознакомлен (а) _____
(фамилия, инициалы заказчика) (подпись)

Вид изделия _____

Шифр _____

Дата передачи в производство _____ Дата примерки _____

Назначение	№ п/п	П	Л
Клиновидный межстелечный слой в пяточно-голенной части	1		
Клиновидный межстелечный пробковый слой в носочно-пучковой части	2		
Сплошной пробковый слой верха подошвы	3		
Клиновидный межстелечный пробковый слой отнести к внешнему (внутреннему) краю	4		
Обувь с двойным следом	5		
Гипсовая модель для обуви	6		
Пронатор супинатор	7		
Освободить головки 1-й 5-й плюсневых костей	8		
Отжать по обчерку	9		
Углубить по обчерку	10		
Поднять носовую часть	11		
Резиновая тянка с манжеткой	12		
Жесткий берец односторонний (внутр. внеш.)	13		
Жесткий берец двухсторонний	14		
Высокий узкий жесткий задник	15		
Жесткая союзка с языком, соединенная с задником	16		
Шина с (без) движением(я) в ГСШ	17		
Проклейка жесткая вдоль 1-го (5-го) пальца	18		
Металлическая пластина в подошве	19		
Каблук удлиненный по внешнему (внутреннему) краю до пучков до носка	20		
Каблук отнести к внешнему (внутреннему) краю	21		

Основные комплектующие и материалы:

Наименование	Шифр	Единица измерения	Количество	Подпись, дата
1	2	3	4	5

Технологический процесс:

Технологические операции	ФИО
1	2
Подгонка колодок	
Моделирование	
Раскрой верха	
Сбор заготовок	
Раскрой жестких кож	
Затяжка	
Накладка подошвы	
Пришивание подошвы	
Приклейка подошвы	
Установка каблука	
Обработка обуви	
Изготовление ортопедических стелек	

Примерки:

Дата вызова на примерку	Дата примерки	Результат примерки	Замечания пациента	Мероприятия по устранению недостатков	Подпись
1	2	3	4	5	6

Дата изготовления изделия _____ Дата вызова для получения изделия _____

Отметка медицинского контроля: _____

Отметка технического контроля: _____

Стоимость изделия _____ руб. _____ коп. _____

(стоимость изделия прописью)

Изделие получил(а), претензий не имею _____

(фамилия, инициалы получателя)

(подпись)

_____ 20 ____ г.

Замечания, предложения, пожелания заказчика: _____

Регистратор _____

(фамилия, инициалы)

(подпись)

*Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных».

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства труда
и социальной политики
Донецкой Народной Республики
от « 15 » сентября 2015 г. № 67/2
(в редакции Приказа Министерства
труда и социальной политики
Донецкой Народной Республики
от 20 июня 2016 г. № 116/19)

ЗАКАЗ*
на протезирование молочной железы № _____

« _____ » _____ 20 _____ г. к карте протезирования № _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Работающий (ая) _____
(да/нет)

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

(кем, дата)

Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____

(кем, дата)

Льготная категория _____

Категория _____ Группа инвалидности _____

Диагноз _____

Размер протеза _____ тип _____ количество _____ стоимость _____ руб.

Размер лифа для крепления _____ количество _____ стоимость _____ руб.

Компрессионный рукав при лимфодемии: количество _____ стоимость _____ руб.

Отметка медицинского контроля: _____

Изделие получила, претензий не имею: _____
(ФИО получателя) (подпись) (дата)

Замечания, предложения, пожелания заказчика: _____

Регистратор _____
(фамилия, инициалы) (подпись)

*Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных»

УТВЕРЖДЕНА
Приказом Министерства труда и
социальной политики
Донецкой Народной Республики
от « 15 » сентября 2015 г. № 67/2
(в редакции Приказа Министерства труда
и социальной политики Донецкой
Народной Республики
от *20.09.2015* № 116/18

КАРТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ* № _____

_____ 20__ г.

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Пол _____

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выданный _____

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____ выдано _____
(кем, дата)

Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____
(кем, дата)

Категория: _____
(кем, дата)

Группа инвалидности: _____

Причина инвалидности: _____

Данные о трудовой деятельности: место работы (при наличии): _____

Диагноз: _____

Регистратор _____

Диагноз: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Анамнез (кратко, с указанием дат, указать характер травмы или заболевания, которые привели к ампутации или другой патологии, проведенное лечение, место и дата получения первичной протезно-ортопедической помощи и пр.) _____

Объективные данные общего состояния пациента, в том числе общее состояние опорно-двигательного аппарата: _____

Объективные данные патологического сегмента на время первичного обращения _____

Заключение врача о предоставлении протезно-ортопедической помощи, видов протезно-ортопедических изделий, лечение, наличие противопоказаний и пр. _____

Подпись врача _____

Дата, номер заказа	Название и шифр средства реабилитации	Примерка, выдача или ремонт средства реабилитации	Отметка о выдаче руководства по эксплуатации	Количество изделий, единиц (для обуви - пар)	Подпись инвалида, другого лица или законного представителя
1	2	3	4	5	6

* Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных».