|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| На бланке организации  **Направление**  **в организацию, оказывающую услуги ранней помощи**  №\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.  Ребенок (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.  Полных \_\_\_\_\_лет\_\_\_\_\_\_ месяцев  Диагноз:  Ребенок имеет статус «ребенок-инвалид»: да/нет  Ребенок имеет стойкое нарушение функций организма: да/нет  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать нарушение функций организма в соответствии с МКФ)  Ребенок имеет заболевание, приводящее к нарушениям функций организма: да/нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать диагноз, установленный медицинской организацией, в том числе по МКБ-10)  Ребенок имеет ограничения жизнедеятельности (указать при наличии):   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Перечень основных категорий жизнедеятельности | Наличие ограничений без уточнения степени ограничения | | | Способность к самообслуживанию | да | нет | | Способность к передвижению | да | нет | | Способность к ориентации | да | нет | | Способность к общению | да | нет | | Способность к обучению | да | нет | | Способность к контролю за своим поведением | да | нет |   Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи)  **М.П.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (наименование организации)  №\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.  **Обратный талон**  в **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(**название медицинской организации)  по результатам направления в организацию, оказывающей услуги ранней помощи (от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. № \_\_\_)  Ребенок (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.  Полных \_\_\_\_\_лет \_\_\_\_\_\_ месяцев на момент обращения  Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ребенок имеет статус «ребенок-инвалид»: да/нет  Дата обращения в службы ранней помощи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Оказаны услуги ранней помощи:  - Определение нуждаемости в услугах РП: да/нет  - Разработана ИПРП: да/нет  - консультирование без составления ИПРП: да/нет-  Рекомендации   1. Нуждается/не нуждается в услугах ранней помощи; 2. Сопровождение семьи по программе ранней помощи в рамках ИПРПс \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года; 3. Консультирование семьи без разработки ИПРП; 4. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Заведующий Службы ранней помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи) |