|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/нетРебенок 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 обращенияАдрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ребенок имеет статус «ребенок-инвалид»: да/нетДата 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) |