

**Индивидуальный план комплексной реабилитации пострадавшего в результате тяжелого несчастного случая на производстве на стационарном, реабилитационном, амбулаторно-поликлиническом этапе лечения** *(нужный этап лечения подчеркнуть)*  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Пострадавшим в результате тяжелого несчастного случая на производстве

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество)

Диагноз:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Находящимся на лечении \_\_\_\_\_

*(наименование медицинской организации)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Страховщиком \_\_\_\_\_

*(ФИО представителя (ей) страховщика (реабилитационного менеджера)*

Специалистами медицинской организации: (Ф.И.О., должность) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

совместно принято решение о планируемом лечении:

*(указываются меры медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и сроки их проведения в период пребывания в медицинской организации)*

*Например: 1. Реанимационное лечение; 2. Оперативное лечение*

*(дата проведения операции); 3. Медикаментозная терапия; 4. Физиотерапия и т.д.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Нуждаемость в лекарствах, ПОИ, ТСР (через оформление ПРП):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Реабилитационный прогноз:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Трудовой прогноз: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ориентировочные сроки направления на реабилитационное лечение \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись специалистов МО  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Подпись представителя (ей) страховщика  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

С решением ознакомлен

\_\_\_\_\_ (подпись пострадавшего на производстве или его законного представителя, дата)  
Корректировка (отсутствие корректировки) планируемого лечения с указанием дат заседаний врачебной комиссии \_\_\_\_\_  
*Например: 11.04.2016 г. – продолжить плановое лечение*  
*25.04.2016 г. – проведение повторной операции*  
*10.05.2016 г. – добавлена пассивная механотерапия, наркотические анальгетики*

Результат реабилитационных мероприятий (на момент выписки (перевода) из МО)

Реабилитационный прогноз (на момент выписки (перевода) из МО):

Трудовой прогноз (на момент выписки (перевода) из МО):

Подпись специалистов МО  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Подпись представителя (ей) страховщика  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

С решением ознакомлен

\_\_\_\_\_ (подпись лица, пострадавшего на производстве или его законного представителя)  
(число, месяц, год)