

ДЕПАРТАМЕНТ МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІ
Социальная часть реабилитации
№12 Медициналық-өлеуметтік

№ "1323" қ. акту медико-социальной экспертизы № 1518 от 08.11.2013

1. ФИО (инвалид) **Нұркен Дәулет Қуанышұлы** 2. Дата рождения **15.06.2012** 3. Дата разработки социальной части реабилитации **08.11.2013**
4. Адрес **Қарағанды, Октябрьский район, ул. Токомотинная, 153-120** 5. Группа инвалидности **ребенок-инвалид** 6. Причина инвалидности по форме - **дети-инвалиды до шестнадцати лет**
7. Клинико-экспертный диагноз: (основной, сопутствующий) **Последакти перенесенного спонтанного субарахноидального кровоизлияния. Микроцефалия. Врожденная ЦМВН. Спастический выраженный правосторонний гемипарез. Симптоматическая фокальная эпилепсия с жевательными пароксизмами. Задержка психофизического развития. Эпилепсия до шестнадцати лет**

п/п	Реабилитационные мероприятия	Рекомендации территориального подразделения	Исполнитель	Дата выполнения	Не выполнена, причина
		сроки выполнения (заполняет специалист территориального подразделения)			
1	2	3	4	5	6
1	корсет	08.11.2018			
2	ортопедическая обувь	08.11.2018			
3	гигиенические средства-подгузники	08.11.2018			
4	специальные социальные услуги на дому	08.11.2018			
5	ходунки	08.11.2018			

8. Оценка результатов реализации по социальной части реабилитации (подчеркнуть): полное или частичное восстановление навыков самообслуживания, самостоятельного проживания, передвижения, ориентации, социально-психологического статуса, отсутствие положительного результата (заполняет специалист ответственный за реализацию ИПР)
9. Срок реализации социальной части реабилитации **08.11.2018** 10. Дата реализации социальной части реабилитации
(заполняет специалист территориального подразделения) (заполняет специалист ответственный за реализацию ИПР)
Ф.И.О. **Минаев** Ф.И.О. **Минаев**

главного специалиста (реабилитолога) территориального подразделения (подпись)
Ф.И.О. **Минаев** (подпись)
начальника территориального подразделения (подпись)
Инициалы для освидетельствования

