

Медицинская часть реабилитации

№ "1323" к акту медико-социальной экспертизы № 1518 от 08.11.2013

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

п/п	Реабилитационные мероприятия	Рекомендации территориального подразделения		Выполнение		Место выпо- (поликлини- дому, стац реабилитаци центр, сана
		длительность и кратность курсов	сроки выполнения	длительность и кратность курсов	дата выполнения	
		(заполняет специалист территориального подразделения)		(заполняет специалист ответственный реали		
1	2	3	4	5	6	7
1	стационарное лечение					
	РЦ, амб. лечение	крат: 2р/г, 2-3р/г	08.11.2018			

8. Оценка результатов реализации по медицинской части реабилитации (подчеркнуть):
восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата (заполняет специалист ответственный за реализацию ИПР)

9. Срок реализации медицинской части реабилитации **08.11.2018** 10. Дата реализации медицинской части реабилитации

(заполняет специалист территориального подразделения)
реализацию ИПР)

Ф.И.О. _____

Ф.И.О. _____

главного специалиста (реабилитолога) территориального подразделения
ответственного за реализацию ИПР

Ф.И.О. _____

начальника территориального подразделения

Штамп для освидетельствования

about:blank

08.11.2013