

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
№

Рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи	
Дата прийняття рішення «__» _____ 20__ року	
Номер рішення _____	
1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи, щодо якої проведено оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – особа):	_____
2. Дата народження особи:	_____ (день, місяць, рік)
3. Стать особи (біологічна):	_____ (чоловік – 1, жінка – 2)
4. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) (у разі наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті громадянина України) особи, крім фізичних осіб, яким не присвоєно РНОКПП та які не мають відмітки або інформації в паспорті громадянина України про право здійснювати будь-які платежі за серією (за наявності) та номером паспорта:	_____
5. Серія (за наявності) та номер документа, що посвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», орган, що видав документ, дата видачі, строк дії:	_____ Зазначаються реквізити (серія (за наявності), номер, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії) одного з таких документів: 1) паспорт громадянина України; 2) паспорт громадянина України для виїзду за кордон; 3) дипломатичний паспорт України; 4) службовий паспорт України; 5) посвідчення особи моряка; 6) посвідчення члена екіпажу; 7) посвідчення особи на повернення в Україну; 8) тимчасове посвідчення громадянина України; 9) посвідчення особи без громадянства для виїзду за кордон;

	10) посвідка на постійне проживання; 11) посвідка на тимчасове проживання; 12) картка мігранта; 13) посвідчення біженця; 14) проїзний документ біженця; 15) посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту; 16) проїзний документ особи, якій надано додатковий захист; 17) паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах
6. Серія (за наявності) та номер військово-облікового документа для призовників, військовозобов'язаних та резервістів чи посвідчення про приписку до призовної дільниці (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років:	_____
7. Серія (за наявності) та номер паспортного документа іноземця або документа, що посвідчує особу без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах, країна, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії:	_____
8. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) особи:	_____ (поштовий індекс, область, район, _____ населений пункт, вулиця, будинок)
9. Контактні дані особи:	
9.1. Номер телефону:	9.2. Адреса електронної пошти (за наявності):
_____	_____
10. Відомості про довірену особу для повідомлення у разі неможливості зв'язку з особою (за наявності):	
10.1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності):	_____
10.2. Номер телефону:	_____
10.3. Адреса електронної пошти (за наявності):	_____
11. Заклад охорони здоров'я, в якому проведено оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – оцінювання):	
11.1. Найменування: _____	11.3. Місцезнаходження:
_____	_____
	(поштовий індекс, область, район, _____

11.2. Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ: _____	населений пункт, вулиця, будинок)
12. Направлення особи на оцінювання:	12.1. Дата видачі: _____ (день, місяць, рік) 12.2. Номер: _____
13. Члени експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – експертна команда), яка провела оцінювання:	
Головуючий по справі член експертної команди:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (РНОКПП або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України) _____ (спеціальність)
Член експертної команди:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (РНОКПП або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України) _____ (спеціальність)
Член експертної команди:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (РНОКПП або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України) _____ (спеціальність)
Член експертної команди:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (РНОКПП або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України) _____ (спеціальність)
Член експертної команди:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (РНОКПП або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України) _____ (спеціальність)
Член експертної команди:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (РНОКПП або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України) _____ (спеціальність)
14. Адміністратор закладу охорони здоров'я, в якому сформовано експертну команду:	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ (РНОКПП або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України)
15. Форма розгляду експертною командою:	_____

	(очно – 1, заочно – 2, з використанням методів і засобів телемедицини – 3, за місцем перебування/лікування особи – 4)
16. Дата проведення оцінювання:	_____ (день, місяць, рік)
17. Обґрунтування рішення експертної команди за результатами оцінювання: _____ _____ _____ _____	
18. Рішення експертної команди за результатами оцінювання:	
18.1. У разі проведення оцінювання з метою <i>(потрібне підкреслити)</i> : - встановлення інвалідності; - зміни причини інвалідності; - закінчення строку, на який встановлено інвалідність; - повторного оцінювання у разі настання змін у стані здоров'я. <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
18.1.1. Рішення щодо встановлення інвалідності:	_____ (так – 1, ні – 2)
18.1.2. Рішення щодо встановлення інвалідності з оновленою причиною інвалідності:	_____ (так – 1, ні – 2)
18.1.3. Рішення щодо визначення потреби в постійному догляді (для осіб з інвалідністю I та II груп)	_____ (так – 1, ні – 2)
18.1.4. Група інвалідності, яку встановлено (у разі встановлення I групи інвалідності – також підгрупа):	_____
18.1.5. Діагноз, за яким особу було направлено, відповідно до національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я:	_____ _____ _____
18.1.6. Встановлення інвалідності безстроково:	_____ (так – 1, ні – 2)
18.1.7. Дата повторного оцінювання (крім осіб, яким інвалідність встановлено безстроково)	_____ (день, місяць, рік)
18.1.8. Причина інвалідності	_____ _____

18.1.9. Дата настання інвалідності	_____
	(день, місяць, рік)
18.2. У разі проведення оцінювання з метою встановлення ступеню втрати професійної працездатності:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
18.2.1. Рішення щодо встановлення ступеню втрати професійної працездатності:	_____
	(так – 1, ні – 2)
18.2.2. Дата встановлення професійного захворювання чи настання трудового каліцтва:	_____
	(день, місяць, рік)
18.2.3. Відсоток втрати професійної працездатності:	_____
18.2.4. Причина втрати професійної працездатності:	_____ _____
18.2.5. Дата повторного оцінювання відсотка непрацездатності (у разі необхідності):	_____
	(день, місяць, рік)
18.3. У разі проведення оцінювання з метою продовження тимчасової непрацездатності:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
18.3.1. Рішення щодо продовження тимчасової непрацездатності:	_____
	(так – 1, ні – 2)
18.3.2. Строк, на який було продовжено тимчасову непрацездатність особи:	з _____
	(день, місяць, рік)
	до _____
	(день, місяць, рік)
18.4. У разі проведення оцінювання з метою визначення медичних показань для забезпечення особи з інвалідністю автомобілем з ручним керуванням та коляскою з електроприводом:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
18.4.1. Рішення щодо забезпечення особи з інвалідністю автомобілем з ручним керуванням та коляскою з електроприводом:	_____
	(так – 1, ні – 2)
18.4.2. Медичні показання для забезпечення особи автомобілем з ручним керуванням та коляскою з електроприводом:	_____
	(наявні – 1, відсутні – 2)
18.5. У разі проведення оцінювання з метою розгляду питання про причинний зв'язок смерті з професійним захворюванням або трудовим каліцтвом:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	

18.5.1. Рішення щодо встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням або трудовим каліцтвом:	_____ (так – 1, ні – 2)
18.5.2. Потреба в медичній та соціальній допомозі:	_____ (так – 1, ні – 2)
18.5.3. Пов'язаність смерті з професійним захворюванням або травмою на виробництві:	_____ (так – 1, ні – 2)
18.5.4. Дата встановлення професійного захворювання або дата травми на виробництві (дата страхового випадку):	_____ (день, місяць, рік)
18.6. У разі проведення оцінювання з метою направлення особи в інтернатний заклад: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
18.6.1. Рішення щодо направлення особи в інтернатний заклад:	_____ (так – 1, ні – 2)
18.6.2. Тип інтернатного закладу, в якому може перебувати особа з інвалідністю:	_____
19. Рекомендації за результатами оцінювання:	
19.1. Рекомендації щодо забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
19.1.1. Назва допоміжного засобу реабілітації залежно від потреби особи, зокрема з урахуванням антропометричних даних:	_____ _____ _____
19.1.2. Код допоміжного засобу реабілітації згідно з ДСТУ EN ISO 9999:2021 (EN ISO 9999:2016, IDT; ISO 9999:2016, IDT) «Засоби допоміжні для осіб з обмеженням життєдіяльності. Класифікація та термінологія»:	_____
19.1.3. Найменування допоміжного засобу реабілітації (клас, підклас, вид, підвид) та/або варіанти виготовлення допоміжного засобу реабілітації залежно від потреб особи:	_____ _____ _____
19.2. Рекомендації щодо забезпечення осіб з інвалідністю медичними виробами: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	

19.2.1. Найменування медичних виробів відповідно до додатків 1 та 2 до Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року № 1301:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
19.2.2. Строк, протягом якого особа потребує забезпечення кожним медичним виробом:	з <hr/> (день, місяць, рік) до <hr/> (день, місяць, рік)
19.2.3. Кількість одиниць, які необхідні для забезпечення особи кожним медичним виробом протягом відповідного строку:	<hr/> <hr/> <hr/>
19.3. Рекомендації щодо забезпечення особи послугами, потребу в яких визначено чи має бути оцінено в інших сферах життєдіяльності: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
19.3.1. У медичній сфері:	
19.3.1.1. Потреба в отриманні реабілітаційної допомоги в сфері охорони здоров'я:	<hr/> (так – 1, ні – 2)
19.3.1.2. Потреба в реконструктивній хірургії:	<hr/> (так – 1, ні – 2)
19.3.1.3. Потреба в санаторно-курортному лікуванні;	<hr/> (так – 1, ні – 2)
19.3.2. У соціальній сфері:	
19.3.2.1. Рекомендація звернутися до територіального органу Пенсійного фонду України за місцем проживання для вирішення питання щодо призначення виплат або державної допомоги:	<hr/> (так – 1, ні – 2)
19.3.2.2. Рекомендація звернутися до управління соціального захисту населення за місцем проживання для отримання соціальних послуг (постійний або денний догляд, облаштування житла тощо):	<hr/> (так – 1, ні – 2)
19.3.3. В освітній сфері:	
19.3.3.1. Рекомендація звернутися до інклюзивно-ресурсного центру для проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи:	<hr/> (так – 1, ні – 2)

19.3.4. У сфері зайнятості та працевлаштування:	
19.3.4.1. Потреба у визначенні можливого облаштування робочого місця:	_____ (так – 1, ні – 2)
19.3.4.2. Рекомендація звернутися до центру зайнятості за місцем проживання або онлайн для отримання безкоштовних послуг з профорієнтації, перенавчання тощо:	_____ (так – 1, ні – 2)
19.3.4.3. Загальні обмеження в професійній діяльності, що можуть значно вплинути на погіршення здоров'я:	_____ (так – 1, ні – 2)
19.3.5. У сфері фізкультурно-спортивної реабілітації:	
19.3.5.1. Потреба в навчанні навичкам занять з фізичної культури:	_____ (так – 1, ні – 2)
19.3.5.2. Потреба в навчально-тренувальних заняттях з фізичної культури і спорту:	_____ (так – 1, ні – 2)
19.3.5.3. Потреба в занятті спортом:	_____ (так – 1, ні – 2)
Головуючий по справі член експертної команди: _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	_____ (підпис)
Члени експертної команди:	
_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	_____ (підпис)
_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	_____ (підпис)
_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	_____ (підпис)
_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	_____ (підпис)
М.П. (за наявності)	
«__» _____ 20__ року	

Директор Департаменту цифрових трансформацій в охороні здоров'я

Дмитро ЛУК'ЯНОВ