

Социальная и профессиональная часть индивидуальной программы реабилитации инвалида
 № 1323 от «21» июля 2015 года
 к акту медико-социальной экспертизы № 1518 от «21» июля 2015 года

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) инвалида Нуркен Доулет Куанышұлы
2. Дата рождения 15.06.2012 года
3. Адрес, домашний телефон Караганда, Октябрьский район, ул. Локомотивная, 153-120
4. ИПР разработан впервые, повторной формирование, коррекция повторно, коррекция
5. Категория инвалидности (группа, причина) ребенок-инвалид / мигрель-бала, дети-инвалиды до шестнадцати лет
10.0160Последствия перенесенного спонтанного субарахноидального кровоизлияния. Микроцефалия. Врожденная ЦМВИ.
6. Диагноз: Спастический выраженный правосторонний гемипарез. Симптоматическая фокальная эпилепсия с ежедневными пароксизмами.
Задержка психоэмоционального развития
7. Инвалидность установлена на срок до 08.11.2018 года
8. Образование _____
9. Профессия (специальность) _____
10. Реабилитационно-экспертное заключение _____

п/п	Мероприятия по социальной реабилитации	Срок реализации, ответственные за реализацию ИПР	Дата выполнения	Исполнитель	Обоснование причины невыполнения
		заполняет специалист территориального подразделения			
1	2	3	4	5	6
1	кресло-коляска прогулочная вес-12.5кг, рост 94см, ОБ-38,5см	08.11.2018			
2	гигиенические средства-подгузники вес-12.5кг, ОТ-37см, ОБ-38,5см	08.11.2018			
п/п	Мероприятия по профессиональной реабилитации	Срок реализации, ответственные за реализацию ИПР	Дата выполнения	Исполнитель	Обоснование причины невыполнения
		заполняет специалист территориального подразделения			
1	2	3	4	5	6

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
 Штамп территориального подразделения _____

11. Дата реализации социальной и профессиональной части реабилитации _____
 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

12. Оценка результатов реализации социальной и профессиональной части реабилитации (подчеркнуть):
 восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная),
 отсутствие положительного результата.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
 руководителя территориального подразделения _____

МП

(линия отреза)

about:blank

21.07.2015