АНКЕТА ДЛЯ ПРЕТЕНДЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ В ОДН ФГБУЗ МЦ «РЕШМА» ФМБА РОССИИ 2026

1) **Полные ФИО ребенка**
   _____
2) **Дата рождения ребенка _____**
3) **Номер полиса ОМС ребенка и населенный пункт, где полис ОМС зарегистрирован в настоящий момент_____**
4) **Полные ФИО законного представителя ребенка**
   _____
5) **Контактный телефон _____**

6) **Заболевание, по которому планируется реабилитация в МЦ «Решма»:**
А) ДЦП (детский церебральный паралич) G 80
Б) ОП ЦНС (органическое поражение центральной нервной системы) G 96.8
В) Гемипарез G 82

7) Имеется ли у ребенка инвалидность?
А) Да Б) Нет

8) Уровень больших моторных функций GMFCS ребенка:
А) Уровень 1 – ходьба без ограничений
Б) Уровень 2 – ходьба с ограничениями
В) Уровень 3 – ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения
Г) Уровень 4 – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения
Д) Уровень 5 – перевозка в ручном инвалидном кресле.

9) Понимает ли ребенок обращенную к нему речь?
А) Да Б) Нет В) Частично

10) Выполняет ли ребенок команды взрослых?
А) Да Б) Нет В) Частично

11) Есть ли у ребенка медицинские показания для прохождения реабилитации в сопровождении взрослого члена семьи?
А) Да, сопровождение ребенка до достижения им возраста четырех лет
Б) Да, сопровождение ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека **второй и (или) третьей степеней выраженности** (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) контролю своего поведения)
В) Нет
Г) Я не знаю

12) Планируете ли Вы сопровождать ребенка при прохождении курса реабилитации (в т.ч. за счет личных средств)?
А) Да, в т.ч. за счет личных средств* Б) Да, если сопровождение будет бесплатно* В) Нет

13*) ***Заполняется при ответе «да» в п. 12***
Укажите полные ФИО планируемого сопровождающего лица:
_____

14) Была ли зарегистрирована когда-либо эпилептическая активность?
А) Да**Б) Нет

15**) Заполняется при ответе «да» в п. 14
Когда был последний приступ? _____ Длительность ремиссии_____ лет _____ месяцев

16) Перечислите все Ваши госпитализации в 2025 г. (по полису ОМС, в т.ч. в нашем учреждении, и в платных центрах)
1) С_____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,
2) С_____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,
3) С_____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение.

17) Перечислите Ваши прошедшие и планируемые госпитализации в 2026 г. (по полису ОМС, в т.ч. в нашем учреждении, и в платных центрах)
1) С_____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,
2)С_____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,
3) С_____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение.

18) В который раз Вы планируете посетить МЦ «Решма»?
А) В первый раз Б) Во второй раз*** В) В третий раз и более***

*******При ответе Б или В необходимо приложить к письму последнюю скан-копию выписки из МЦ «Решма».***

19) Проводилась ли ребенку ботулинотерапия?
А) Да Б) Нет

20) При наличии показаний для ботулинотерапии, согласны ли Вы на ее проведение?
А) Да Б) Нет

21) Какие занятия Вы проводите с ребенком вне лечебных учреждений (чем ребенок занимается дома)?
_____
_____

22) Какова <u>наиболее важная</u> на Ваш взгляд проблема у Вашего ребенка из существующих на сегодняшний день?
1-_____
2- _____

23) Каковы Ваши ожидания от госпитализации? *(не по медицинским процедурам, а по эффектам от лечения, приобретению ребенком новых навыков, улучшению функционирования)*
1- _____
*2-*_____

24) В связи с невозможностью явки лично прошу результат рассмотрения выслать на электронную почту: _____
25) С правилами приема пациентов в МЦ «Решма» на 2026 г. ознакомлен/а:

Подпись_____/расшифровка подписи_____

26) На обработку персональных данных ребенка согласен/согласна:

Подпись_____/расшифровка подписи_____

Анкета заполняется от руки либо на компьютере.
Подписи в п. 25 и 26 ставятся от руки.
На рассмотрение отправляется скан-копия анкеты с оригинальными подписями родителя/официального представителя.
Анкета в формате ворд и/или без оригинальных подписей принята не будет.