

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства  
соціальної політики України  
28 травня 2021 року № 278

**ЗАМОВЛЕННЯ\* № \_\_\_\_\_**  
**на протези нижніх кінцівок**

Дата \_\_\_\_\_

До особової картки особи № \_\_\_\_\_

**Загальні відомості про особу**

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце проживання/перебування (фактичне) \_\_\_\_\_

Контактні телефони \_\_\_\_\_ Електронна адреса \_\_\_\_\_

Стать: ☐ чоловіча ☐ жіноча Зріст \_\_\_\_\_ см Вага \_\_\_\_\_ кг

Соціальний статус: ☐ дитина до 18 років ☐ студент ☐ працюючий  
☐ військовослужбовець ☐ непрацюючий ☐ пенсіонер

**Причина і рівень порушень кінцівки, стан кукси**

Причина ураження: ☐ травма ☐ вроджені вади  
Захворювання: ☐ судинне ☐ ендокринне (цукровий діабет) ☐ онкологічне

Дата ампутації \_\_\_\_\_

Уражена кінцівка: ☐ ліва ☐ права ☐ двобічні порушення нижніх кінцівок

**Рівень порушення:**

☐ стопа: ☐ часткова/повна відсутність пальців ☐ на рівні плеснових кісток  
☐ ампутація за Лісфранком ☐ ампутація за Шопаром  
☐ ампутація за Саймом ☐ ампутація за Пироговим  
☐ інше (зазначити) \_\_\_\_\_

☐ вичленення в гомілковостопному суглобі ☐ гомілка  
☐ вичленення в колінному суглобі ☐ стегно  
☐ вичленення в тазостегновому суглобі ☐ резекція тазу

**Довжина кукси/гомілки/стегна:**

☐ довга (> 2/3) ☐ середня (1/3 до 2/3) ☐ коротка (< 1/3) ☐ надкоротка ( $\leq 1/4$ )

**Стан кукси:**

Форма: ☐ циліндрична ☐ конічна ☐ булавоподібна

**Стан м'яких тканин та шкіри:**

М'які тканини: ☐ звичайні ☐ надлишкові ☐ дефіцитні  
☐ інші (зазначити) \_\_\_\_\_

Стан шкіри:

☐ у нормі ☐ запалення ☐ алергічні прояви ☐ трофічні виразки

☐ інше (зазначити) \_\_\_\_\_

Стан кісток: ☐ остеомієліт ☐ з кістковими виступами

Післяопераційний рубець: ☐ загоєний ☐ незагоєний ☐ рухомий ☐ прирослий  
☐ інший (зазначити) \_\_\_\_\_

Чутливість: ☐ нормальна ☐ знижена ☐ відсутня

Наявність болю:

☐ внаслідок невроми

☐ біль після тренування/активності

☐ фантомний біль

☐ інше

(зазначити) \_\_\_\_\_

Об'єм рухів у суглобах ураженої кінцівки:

☐ у нормі

☐ контрактура

У разі наявності обмежень рухомості вказати суглоб та кут (згинання/розгинання, приведення/відведення) в градусах \_\_\_\_\_

Неврологічні порушення на стороні ураження:

☐ парез

☐ геміпарез

**Загальний стан здоров'я:**

Стан опорно-рухової системи:

☐ ліва

☐ права

Стан контрлатеральної нижньої кінцівки:

☐ нормальний

☐ функціональні порушення

☐ ампутація / вроджена вада

Наявні функціональні порушення:

☐ на рівні стопи

☐ на рівні гомілковостопного суглоба

☐ на рівні колінного суглоба

☐ на рівні тазостегнового суглоба

☐ на рівні гомілковостопного та колінного суглобів

☐ на рівні гомілковостопного, колінного та тазостегнового суглобів

Вид порушення:

☐ деформація

☐ парез

☐ плегія

☐ трофічні виразки

☐ остеомієліт

Наявна ампутація / вроджена вада на рівні:

☐ стопи

☐ гомілки

☐ стегна

☐ вичленення в

☐ вичленення в колінному суглобі

☐ вичленення в тазостегновому суглобі

гомілковостопному суглобі

☐ резекції тазу

Стан верхніх кінцівок:

☐ ліва

☐ права

☐ нормальний

☐ має функціональні обмеження (деталізувати) \_\_\_\_\_

Стан тулуба:

☐ нормальний  
☐ має функціональні обмеження (деталізувати) \_\_\_\_\_

Стан інших систем організму:

☐ відсутні супутні захворювання  
☐ серцева недостатність ☐ легенева недостатність ☐ ниркова недостатність  
☐ ендокринне захворювання (цукровий діабет) ☐ невропатія  
☐ захворювання, пов'язані з порушеннями координації та рівноваги  
☐ розумова відсталість, психічні захворювання  
☐ інше (зазначити) \_\_\_\_\_

Порушення інших систем організму та/або органів, які можуть вплинути на протезування \_\_\_\_\_

### Активність і залучення до життєвих ситуацій особи

Діяльність особи пов'язана з ☐ активністю в соціумі (наприклад, політична діяльність) ☐ важкою фізичною працею  
☐ сферою послуг ☐ сільським господарством  
☐ керуванням автотранспортом ☐ будівництвом  
☐ військовою службою ☐ іншим (зазначити) \_\_\_\_\_  
 Залучення до життєвих ситуацій, додаткова діяльність і хобі ☐ доглядом за дітьми до 18 років ☐ спорт  
☐ активне дозвілля (туризм, активні ігри, рибальство тощо) ☐ садівництво, городництво, фермерство  
☐ керування автомобілем ☐ керування мотоциклом/скутером  
☐ переміщення/прогулянки на велосипеді/самокаті ☐ інше (зазначити) \_\_\_\_\_

**Оцінювання ступеня функціональних можливостей особи без протеза відповідно до наказу Міністерства соціальної політики України від 20 січня 2015 року № 37 "Про затвердження Порядків визначення функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи", зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 30 січня 2015 року за № 99/26544**

| Показники функціональних можливостей                          | Бали |
|---------------------------------------------------------------|------|
| Вік пацієнта                                                  |      |
| Рівень та кількість ампутацій / вроджених вад нижніх кінцівок |      |
| Порушення функцій збереженої нижньої кінцівки                 |      |
| Причина відсутності кінцівки/кінцівок                         |      |
| Супутні захворювання                                          |      |
| Наявність контрактур                                          |      |
| Здатність до пересування                                      |      |
| Соціальні показники                                           |      |
| <b>Загальна кількість балів</b>                               |      |

I ступінь - 13 - 16 балів; II ступінь - 17-27 балів; III ступінь - 28 - 35 балів; IV ступінь - 36 - 40 балів

Ступінь функціональних можливостей особи без протеза \_\_\_\_\_

**Оцінювання ступеня функціональних можливостей особи з протезом відповідно до наказу Міністерства соціальної політики України від 20 січня 2015 року N 37 "Про затвердження Порядків визначення функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з**

інвалідністю, іншої особи", зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 30 січня 2015 року за № 99/26544

| Показники функціональних можливостей                          | Бали |
|---------------------------------------------------------------|------|
| Вік пацієнта                                                  |      |
| Рівень та кількість ампутацій / вроджених вад нижніх кінцівок |      |
| Причина відсутності кінцівки/кінцівок                         |      |
| Супутні захворювання                                          |      |
| Наявність контрактур                                          |      |
| Здатність до пересування                                      |      |
| Використання протезно-ортопедичного виробу                    |      |
| Соціальні показники                                           |      |
| <b>Загальна кількість балів</b>                               |      |

I ступінь - 16 - 21 бал; II ступінь - 22 - 34 бали; III ступінь - 35 - 40 балів; IV ступінь - 41 - 45 балів

Ступінь функціональних можливостей особи з протезом \_\_\_\_\_

Висновок лікаря щодо встановлення ступеня функціональних можливостей та призначення підвиду протезу відповідної функціональності \_\_\_\_\_

Найменування виробу \_\_\_\_\_

Шифр виробу \_\_\_\_\_

Лікар \_\_\_\_\_  
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) (підпис)

Технік \_\_\_\_\_  
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) (підпис)

Із призначенням ознайомлений(а) \_\_\_\_\_  
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ замовника) (підпис)

Дата передання виробу у виробництво \_\_\_\_\_

#### Комплектувальні вироби та матеріали

| Найменування | Одиниця виміру | Кількість | Підпис, дата |
|--------------|----------------|-----------|--------------|
| 1            | 2              | 3         | 4            |

#### Примірки

| Дата виклику на примірку | Дата примірки | Результат примірки | Зауваження замовника | Заходи з усунення недоліків | Підпис замовника |
|--------------------------|---------------|--------------------|----------------------|-----------------------------|------------------|
| 1                        | 2             | 3                  | 4                    | 5                           | 6                |

Дата виготовлення виробу \_\_\_\_\_

Дата запрошення для отримання виробу \_\_\_\_\_

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Виріб отримав(ла), претензій не маю \_\_\_\_\_  
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання замовника \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Керівник підприємства \_\_\_\_\_  
(інша уповноважена особа) (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) (підпис) (дата)

\_\_\_\_\_

\* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

**Генеральний директор  
Директорату соціального  
захисту прав осіб з інвалідності**

**О. Полякова**