



**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**

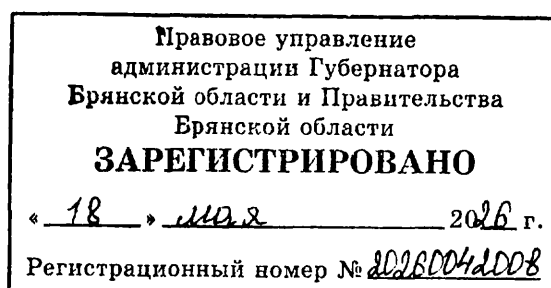
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З № 696 / 609

13 мая 2026 года

г. Брянск

Об утверждении медицинских противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов (социальная реабилитация и абилитация) и формы медицинского заключения, подтверждающего отсутствие / наличие медицинских противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов (социальная реабилитация и абилитация)



В соответствии с методическими рекомендациями «Оказание инвалидам услуги по социально-средовой реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», «Оказание инвалидам услуги по социально-педагогической реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», «Оказание инвалидам услуги по социально-психологической реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», «Оказание инвалидам услуги по социально-бытовой реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», «Оказание детям-инвалидам услуги по социально-средовой реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», «Оказание детям-инвалидам услуги по социально-педагогической реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», «Оказание детям-инвалидам услуги по социально-психологической реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», «Оказание детям-инвалидам услуги по социально-бытовой реабилитации и абилитации. Методические рекомендации», разработанными ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России и ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта» и доведенными письмом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 23 января 2025 года № 18-5/10/В-913

ПРИКАЗЫВАЕМ:

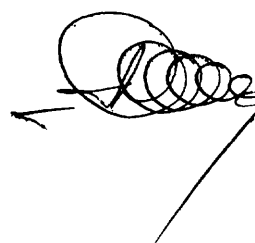
1. Утвердить медицинские противопоказания для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов (социальная реабилитация и абилитация), согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Утвердить форму медицинского заключения, подтверждающего отсутствие / наличие медицинских противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов (социальная реабилитация и абилитация), согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его опубликования.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента социальной политики и занятости населения Брянской области Л.М. Лужецкую, первого заместителя директора департамента здравоохранения Брянской области К.И. Кавтеладзе.

Директор департамента социальной
политики и занятости населения
Брянской области



Е.А. Петров

Директор департамента
здравоохранения Брянской области



Т.П. Маркина

Приложение № 1
к приказу департамента социальной
политики и занятости населения
Брянской области, департамента
здравоохранения Брянской области
от 13 мая 2026 года № 696 / 609

Медицинские противопоказания
для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-
инвалидов (социальная реабилитация и абилитация)

Медицинскими противопоказаниями для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов (социальная реабилитация и абилитация) являются следующие заболевания и состояния:

а) туберкулез любых органов и систем с подтвержденным бактериовыделением;

б) острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки и сыпи неясной этиологии;

в) острые неинфекционные заболевания или обострения хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов и систем, требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской организации;

г) острые неинфекционные заболевания или обострения хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов и систем в раннем восстановительном периоде;

д) острые психические расстройства и расстройства поведения, требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской организации;

е) хронические психические расстройства и расстройства поведения в стадии обострения и (или) с тяжелой некупируемой фармакологически психопродуктивной симптоматикой, требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской организации;

ж) психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (острая интоксикация, синдром зависимости, синдром отмены), требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской организации;

з) эпилепсия и судорожные синдромы с тяжелой формой течения, фармакорезистентные;

и) злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии и лучевой терапии;

к) абсцесс, некроз, гангрена конечностей или внутренних органов и другие состояния, требующие неотложного хирургического вмешательства;

л) тяжелые заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым;

м) заболевания и состояния, требующие интенсивного медицинского наблюдения, лечения или ухода;

н) пролежни любой локализации и степени.

Приложение № 2
к приказу департамента социальной
политики и занятости населения
Брянской области, департамента
здравоохранения Брянской области
от 13 мая 2026 года № 696/609

Медицинское заключение,
подтверждающее отсутствие / наличие медицинских противопоказаний для
получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-
инвалидов (социальная реабилитация и абилитация)

от «___» _____ 20__ г.

Выдано _____
(наименование и адрес медицинской организации)

Наименование реабилитационной организации, куда предоставляется
медицинское заключение _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Заключение: медицинские противопоказания для получения услуг
по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов
(социальная реабилитация и абилитация) выявлены / не выявлены (нужное
подчеркнуть).

Должность, специальность, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись
врача _____

Заведующий отделением / председатель врачебной комиссии фамилия, имя,
отчество (при наличии) и подпись _____

М.П. (при наличии)

«___» _____ 20__ г.