



ХЕРСОНСЬКИЙ  
РЕГІОНАЛЬНИЙ  
**ЦЕНТР**  
ОЦІНЮВАННЯ  
ЯКОСТІ ОСВІТИ

*Деякі питання участі в зовнішньому  
незалежному оцінюванні осіб, які  
мають певні захворювання та/або  
патологічні стани, інвалідність*

Особа, яка планує брати участь у зовнішньому незалежному оцінюванні та потребує адаптації процедури тестування, має надати відповідний медичний висновок разом з іншими реєстраційними документами.

Під час формування реєстраційної картки вказати на необхідність створення особливих умов, зазначити номер і дату виданої закладом охорони здоров'я форми

**Порядок** видачі Медичного висновку про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання затверджено спільним наказом Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я України від **29 серпня 2016 року № 1027/900** «Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність».

Щоб отримати висновок, особа має звернутися до закладу охорони здоров'я, за яким закріплена, а саме до лікаря-спеціаліста відповідно до профілю захворювання. Замість неповнолітньої особи до закладу охорони здоров'я також може звернутися один з її батьків або законних представників.

Лікар-спеціаліст надає рекомендації щодо  
необхідності створення особливих умов у  
пунктах проведення зовнішнього незалежного  
оцінювання з урахуванням особливостей стану  
здоров'я особи.

## Лікувально-консультативна комісія (ЛКК) або медична комісія згідно з рекомендаціями лікаря-спеціаліста:

- установлює категорію особи з особливими освітніми потребами;
- визначає особливі умови, які необхідно для неї створити в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання відповідно до Переліку особливих умов, затвердженого спільним наказом Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я України (або інші умови, що не зазначені в Переліку, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання);
- ухвалює рішення про видачу форми № 086-3/о, де зазначено про необхідність створення особливих умов.

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я \_\_\_\_\_

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма \_\_\_\_\_

Код за ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--

## МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 086-3/о

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства освіти і науки України,  
Міністерства охорони здоров'я України

								№				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

### МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК № \_\_\_\_\_

про створення особливих (спеціальних) умов для проходження  
зовнішнього незалежного оцінювання

Дата видачі " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи \_\_\_\_\_

2. Дата народження (число, місяць, рік) \_\_\_\_\_

3. Місце проживання особи \_\_\_\_\_

4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта) \_\_\_\_\_

5. Категорія особи з особливими освітніми потребами \_\_\_\_\_

6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

(код умов)	(код умов)	(код умов)	(код умов)
(код умов)	(код умов)	(код умов)	(код умов)

7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання \_\_\_\_\_

Голова медичної комісії (ЛКК) \_\_\_\_\_

Члени медичної комісії (ЛКК):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

М.П.

(закладу охорони здоров'я або ЛКК)

**Форма № 086-3/о** має бути видана протягом семи днів із дня звернення, але не пізніше завершення строку реєстрації осіб для участі в зовнішньому незалежному оцінюванні.

**Інформація, що міститься у формі 086-3/о, є інформацією з обмеженим доступом та не підлягає розголошенню.**



**Інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів**

# Для випускників загальноосвітніх навчальних закладів, учнів (слухачів, студентів) професійно-технічних, вищих навчальних закладів

## Форма первинної облікової документації № 095/о

«Довідка № \_\_\_\_\_ про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I-IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974



# Для дітей – інвалідів віком до 18 років

## Форма первинної облікової документації № 080/о

«Медичний висновок про дитину-інваліда віком до 18 років», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 грудня 2001 року № 482, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 січня 2002 року за № 11/6299, або **Індивідуальна програма реабілітації дитини-інваліда №\_\_\_ (вікова категорія від 0 до 18 років)**, форма якої затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464

Міністерство охорони  
здоров'я України  
Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
ФОРМА N 1018101/101  
Затверджена наказом МОЗ України  
01411212101011р. IN1418121

Міністерство охорони  
здоров'я України  
Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
ФОРМА N 1018101/101  
Затверджена наказом МОЗ України  
01411212101011р. IN1418121

КОРИНЕЦЬ  
медичного висновку N \_\_\_\_\_  
про дитину-інваліда віком до 18 років  
від " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

Медичний висновок N \_\_\_\_\_  
про дитину-інваліда віком до 18 років  
(направляється в районне (міське)  
управління праці та соціального  
захисту населення за місцем  
проживання батьків, опікуна)  
від " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини \_\_\_\_\_

Л  
і  
н  
і  
я  
в  
і  
д  
р  
і  
з  
у

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини \_\_\_\_\_

2. Дата народження | | | | | | | |  
\_\_\_\_\_ (число, місяць, рік)

2. Дата народження | | | | | | | |  
\_\_\_\_\_ (число, місяць, рік)

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна  
(необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна  
(необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса \_\_\_\_\_

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса \_\_\_\_\_

5. Захворювання (патологічний стан) \_\_\_\_\_

5. Захворювання (патологічний стан) \_\_\_\_\_

відповідає розділу \_\_\_\_\_, пункту \_\_\_\_\_,  
підпункту \_\_\_\_\_ Переліку медичних показань

Дійсний до " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

Дата перегляду " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

Головний лікар \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) \_\_\_\_\_ (підпис)

(Заступник головного лікаря з мед. частини )  
\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) \_\_\_\_\_ (підпис)

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) \_\_\_\_\_ (підпис)

Направлено в районне (міське)  
управління праці та соціального захисту населення  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р. Поштова квитанція  
(дата)





# Для інвалідів старше 18 років

**Індивідуальна програма реабілітації інваліда  
№ \_\_\_\_\_ (вікова категорія від 18 років і старше),**

форма якої затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464

# Для зайнятого населення

**Листок непрацездатності**, форма якого затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03 листопада 2004 року № 532/274/136-ос/1406, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 17 листопада 2004 року за № 1454/10053





# Для поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України

## **Довідка про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України,**

форма якої затверджена наказом Міністерства внутрішніх  
справ України від 23 березня 2016 року № 201,  
zareestrovanim у Міністерстві юстиції України 12 квітня  
2016 року за № 535/28665



**ДОВІДКА**  
про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця  
Національної гвардії України

Первинна, продовження довідки № \_\_\_\_\_  
(потрібне підкреслити)

(найменування закладу охорони здоров'я МВС)

Видана \_\_\_\_\_ 20\_\_ року лікарем \_\_\_\_\_

вік \_\_\_\_\_

(спеціальне (військове) звання, прізвище, ім'я, по батькові тимчасово непрацездатного) (повних років)

(місце служби: найменування органу поліції, органу військового управління, об'єднання, з'єднання, військової частини (підрозділу), вищого військового навчального закладу, навчальної військової частини (центру), бази, закладу охорони здоров'я та установи Національної гвардії України)

(медична карта амбулаторного хворого № \_\_\_\_\_,  
медична карта стаціонарного хворого № \_\_\_\_\_)

Діагноз первинний	Діагноз заключний	Шифр МКХ-10

Причина тимчасової непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції – 3, травма під час служби та її наслідки – 4, невиробничі травми – 5, карантин – 6, медична реабілітація та санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд за хворим членом сім'ї (вік) – 10.

Режим	Відмітка про порушення режиму	Підпис лікаря
Перебував у стаціонарі з _____ 20__ р. по _____ 20__ р.		

**ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД СЛУЖБИ**

З (число, місяць, рік)	До якого числа включно (словами число, місяць)	Прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря

**ПРИСТУПИТИ ДО СЛУЖБИ**

\_\_\_\_\_ (словами число і місяць)

\_\_\_\_\_ (посада, прізвище лікаря)

Печатка  
закладу охорони  
здоров'я МВС

**ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ**

Видано довідку про тимчасову  
непрацездатність (продовження) № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (підпис лікаря)

# Для військовослужбовців строкової служби, офіцерів та військовослужбовців військової служби за контрактом

**Довідка про тимчасову непрацездатність  
військовослужбовця**, видана органом, у сфері  
управління якого перебуває заклад охорони здоров'я

## Форма первинної облікової документації № 027/о

«Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 та зареєстрована у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я \_\_\_\_\_

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма \_\_\_\_\_

Код за ЄДРПОУ \_\_\_\_\_

## МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації  
№ 027/о

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України

№ \_\_\_\_\_

### ВИПСКА

із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого

У \_\_\_\_\_  
(найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого \_\_\_\_\_

2. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

3. Місце проживання хворого: область \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_,  
місто(село) \_\_\_\_\_, вулиця \_\_\_\_\_, будинок \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_

4. Місце роботи (посада) \_\_\_\_\_

5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі:  
захворювання \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

направлення в стаціонар \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

б) у стаціонарі: надходження \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

виписки або смерті (підкреслити) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці \_\_\_\_\_

8. Лікувальні і трудові рекомендації \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Лікуючий лікар

(прізвище, підпис)

## Форма первинної облікової документації № 086/о

«Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

### МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 086/о

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України

№



**ХЕРСОНСЬКИЙ  
РЕГІОНАЛЬНИЙ  
ЦЕНТР  
ОЦІНЮВАННЯ  
ЯКОСТІ ОСВІТИ**

### МЕДИЧНА ДОВІДКА (лікарський консультаційний висновок)

заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації  
від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

1. Видана

(найменування і адреса закладу, що видав довідку)

2. Найменування навчального закладу, куди подається довідка

3. Прізвище, ім'я, по батькові

4. Стать чоловіча – 1; жіноча – 2

5. Дата народження

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

6. Місце проживання хворого

7. Перенесені захворювання

8. Об'єктивні дані і стан здоров'я хворого на дату обстеження :

терапевт (лікар загальної практики – сімейний лікар, педіатр)

хірург

невропатолог

окуліст

отоларинголог

інші спеціалісти

9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження

10. Дані лабораторних досліджень

11. Дані інструментальних обстежень

12. Запобіжні щеплення (вказати дату)

13. Лікарський висновок про професійну придатність

Підпис особи, яка заповнила довідку

Підпис керівника закладу охорони здоров'я

М.П.



**Херсонський регіональний центр оцінювання якості освіти гарантовано забезпечить особливі умови, зазначені в Переліку.**

**Створення інших умов залежить від матеріально-технічних можливостей пунктів проведення зовнішнього незалежного оцінювання та особливостей технології тестування і потребуватиме розгляду регламентною комісією при Херсонському регіональному центрі оцінювання якості освіти.**

Докладніше про умови участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб з особливими потребами – у [наказі](#) Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 «Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837-1710/29840.

Звертаємо увагу, що Міністерство освіти і науки України та Міністерство охорони здоров'я України надіслали лист керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я, з питань освіти і науки обласних адміністрацій із проханням довести зміст наказу до відома керівників лікувально-профілактичних і навчальних закладів системи загальної середньої освіти.



ХЕРСОНСЬКИЙ  
РЕГІОНАЛЬНИЙ  
**ЦЕНТР**  
ОЦІНЮВАННЯ  
ЯКОСТІ ОСВІТИ

*ДЯКУЄМО  
ЗА УВАГУ!*