

Додаток 1  
до Порядку визначення  
та функціонування  
мережі референтних  
центрів, що надають  
спеціалізовану медичну  
допомогу дітям із  
онкозахворюваннями  
(пункт 2 розділу II)

### **ЗАЯВА**

**про визнання закладу охорони здоров'я референтним центром,  
що надає спеціалізовану медичну допомогу дітям із онкозахворюваннями  
та включення до переліку референтних центрів, що входять до складу  
мережі референтних центрів**

| <b>1</b>                                                                                                     | <b>2</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Заклад охорони здоров'я (далі – ЗОЗ)<br>(повне та скорочене (за наявності)<br>найменування)                  |          |
| Код згідно з ЄДРПОУ                                                                                          |          |
| Номер наказу та дата отримання<br>ліцензії на провадження<br>господарської діяльності з медичної<br>практики |          |
| Місцезнаходження (адреса) ЗОЗ                                                                                |          |
| Прізвище, власне ім'я та по батькові<br>(за наявності) керівника закладу<br>охорони здоров'я                 |          |
| Прізвище, власне ім'я та по батькові<br>(за наявності) контактної особи                                      |          |
| Прізвище, власне ім'я та по батькові<br>(за наявності) контактної особи                                      |          |

| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Спосіб доведення рішення про відповідність ЗОЗ критеріям відповідності (надсилається на вказану поштову адресу або електронну адресу чи передається з використанням інших засобів телекомунікаційного зв'язку). Якщо заявник не зазначив спосіб доведення рішення до його відома, рішення надсилається за місцезнаходженням юридичної особи |   |
| Перелік документів, що додаються до заяви                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |

### Критерії відповідності

| Критерій                                                                                                                                                                                          | Так/<br>Ні | Інформація або<br>посилання на документ,<br>що додається до заявки,<br>які підтверджують<br>наведену відповідь |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                 | 2          | 3                                                                                                              |
| Багатопрофільний ЗОЗ, який надає спеціалізовану медичну допомогу дитячому населенню                                                                                                               |            |                                                                                                                |
| Надання медичних послуг щодо спеціалізованої діагностики та спеціалізованого лікування онкозахворювань у дітей протягом щонайменше п'яти останніх років                                           |            |                                                                                                                |
| Відповідність специфікації (обсягу медичних послуг) та умовам закупівлі Національною службою здоров'я України за програмою медичних гарантій за напрямками, що забезпечують надання онкологічної, |            |                                                                                                                |

| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 3 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| онкогематологічної допомоги, а також трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин дитячому населенню                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |
| Лікування та супровід щонайменше п'ятдесяти вперше виявлених випадків онкозахворювань у дітей на рік протягом попередніх двох років                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |
| Проведення не менше п'яти трансплантацій гемопоетичних стовбурових клітин (далі – ТГСК) будь-якого виду дітям протягом попереднього року                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |
| Наявність створеної мультидисциплінарної команди при ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям із онкологічними захворюваннями                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |
| <p>Наявність у штаті ЗОЗ на умовах повної зайнятості:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лікар-гематолог-онколог дитячий (щонайменше 8 осіб відповідної спеціальності) або лікар-онколог дитячий та/або лікар гематолог дитячий (разом щонайменше 8 осіб відповідних спеціальностей);</li> <li>- лікар-хірург дитячий – щонайменше 3 особи;</li> <li>- лікар-анестезіолог дитячий – щонайменше 6 осіб;</li> <li>- лікар-лаборант та/або лікар-лаборант з клінічної біохімії та/або біохімік – щонайменше 4 особи;</li> <li>- лікар-педіатр – щонайменше 2 особи;</li> <li>- лікар-трансфузіолог – щонайменше 2 особи.</li> </ul> |   |   |
| <p>Наявність у ЗОЗ наступних підрозділів або приміщень для дітей з онкозахворюваннями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стаціонар;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |

| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | 3 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- денний стаціонар;</li> <li>- кабінети прийому лікарів (консультаційні, оглядові) у складі амбулаторно-поліклінічного структурного підрозділу ЗОЗ;</li> <li>- відділення інтенсивної терапії (реанімація) з можливістю проведення еферентної терапії (гемодіаліз та інші);</li> <li>- по дві палати ізоляції пацієнтів класу S, що відповідають вимогам розділу III. Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 лютого 2023 року № 354, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05 квітня 2023 року за № 562/39618 (далі – ДСП), на кожні десять ліжок для пацієнтів;</li> <li>- щонайменше дві палати класу Р, що відповідають вимогам розділу III. ДСП (палати/бокси для проведення ТГСК з High Efficiency Particulate Absorption (Air) (HEPA) фільтрацією).</li> </ul> |   |   |
| <p>Забезпечення можливості одночасного безоплатного проживання щонайменше двадцяти родин пацієнтів, які отримують медичну допомогу в амбулаторних умовах або умовах денного стаціонару у складі: пацієнт та один з батьків або інший законний представник дитини поза межами та/або на території закладу охорони здоров'я</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |

| 1                                                                                       | 2 | 3 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| забезпечення у ЗОЗ безпечного доступу до здобуття освіти дітям, які отримують лікування |   |   |

Примітки: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Достовірність наданої інформації гарантую.

\_\_\_\_\_  
(найменування посади  
керівника ЗОЗ)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я, прізвище)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

\_\_\_\_\_