

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**

1	2
Заклад охорони здоров'я (далі — ЗОЗ) (повне та скорочене (за наявності) найменування)	
Код згідно з ЄДРПОУ	
Номер наказу та дата отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики	
Місцезнаходження (адреса) ЗОЗ	
Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) керівника закладу охорони здоров'я	
Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) контактної особи	
Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) контактної особи	
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/Ні	Інформація або посилання на документ, що додається до заявки, які підтверджують 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, 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		
Наявність у штаті ЗОЗ на умовах повної зайнятості: лікар-гематолог-онколог дитячий (щонайменше 8 осіб відповідної спеціальності) або лікар-онколог дитячий та/або лікар гематолог дитячий (разом щонайменше 8 осіб відповідних спеціальностей); лікар-хірург дитячий — щонайменше 3 особи; лікар-анестезіолог дитячий — щонайменше 6 осіб; лікар-лаборант та/або лікар-лаборант з клінічної біохімії та/або біохімік — щонайменше 4 особи; лікар-педіатр — щонайменше 2 особи; лікар-трансфузіолог — щонайменше 2 особи		
Наявність у ЗОЗ наступних підрозділів або приміщень для дітей з онкозахворюваннями: стаціонар; денний стаціонар; кабінети прийому лікарів (консультаційні, оглядові) у складі амбулаторно-поліклінічного структурного підрозділу ЗОЗ; відділення інтенсивної терапії (реанімація)		

з можливістю проведення еферентної терапії (гемодіаліз та інші); 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, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 05 квітня 2023 року за № 562/39618 (далі ДСП), на кожні десять ліжок для пацієнтів; щонайменше дві палати класу Р, що відповідають вимогам розділу III. ДСП (палати / бокси для проведення ТГСК з High Efficiency Particulate Absorption (Air) (HEPA) фільтрацією).		
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		
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.