



ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

НАКАЗ

28.08.2019р.

№ 997

Про організацію додаткового обстеження дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які можуть бути усиновленні

З урахуванням постанови Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 року № 603 «Про внесення змін до Порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей», з метою забезпечення проведення додаткового медичного обстеження дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які можуть бути усиновленні

НАКАЗУЮ:

1. Визначити Київську міську дитячу клінічну лікарню № 1 (далі – КМДКЛ № 1) закладом охорони здоров'я, в якому дітям-сиротам та дітям, позбавлених батьківського піклування буде проводитися повторне медичне обстеження щодо підтвердження попередньо встановлених діагнозів.

2. Головному лікарю КМДКЛ № 1 Кожарі Ю. О.:

2.1. Забезпечити повторне медичне обстеження дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які можуть бути усиновленні.

Залучати при цьому фахівців інших закладів охорони здоров'я.

2.2. Додаткове обстеження проводити протягом п'яти робочих днів з дати надходження клопотання від Служби у справах дітей та сім'ї виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

2.3. За результатами обстеження надавати висновок про стан здоров'я, фізичний і розумовий розвиток дитини за формою визначеною додатком 2 до Порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 року № 603.

2.4. Забезпечити контроль за достовірністю заповнення висновку про стан здоров'я, фізичний та розумовий розвиток дитини.

3. Керівникам Київського міського будинку дитини «Берізка» та Київського міського будинку дитини ім. М.М. Городецького» забезпечити своєчасне оформлення та подання документів до КМДКЛІ № 1 на повторне медичне обстеження дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які можуть бути усиновленні.

4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника директора – начальника управління лікувально-профілактичної допомоги Департаменту охорони здоров'я Зборомирську Г. А.

Підстава: лист Служби у справах дітей та сім'ї виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 12.08.2019 № 061/14555.

Директор



Валентина ГІНЗБУРГ

Додаток 2
до Порядку
(у редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 10 липня 2019 року № 603)

ВИСНОВОК
про стан здоров'я, фізичний і розумовий розвиток дитини

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата і місце народження _____

Місце проживання (перебування) _____
(адреса)

Дані медичного обстеження

Невролог	_____ (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Психіатр	_____ (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Дерматовенеролог	_____ (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Хірург (ортопед)	_____ (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Онколог	_____ (за показаннями) (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Гематолог	_____ (за показаннями) (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Отоларинголог	_____ (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Офтальмолог	_____ (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Педіатр	_____ (діагноз, шифр за МКХ-10)	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові лікаря)

Наявність або відсутність інвалідності у дитини (із зазначенням захворювання, внаслідок якого встановлено інвалідність, та документа, який це підтверджує)

Вага і зріст дитини _____, _____.
(кілограмів) (сантиметрів)

Остаточний висновок*

_____ шифр (за МКХ-10) _____

* Зазначається група здоров'я, дата і вид щеплення, у разі відсутності - причини; потреба в медико-педагогічній, медико-соціальній корекції.

(найменування посади керівника
лікувально-профілактичного закладу)

(підпис)

(ініціали та прізвище)

МП

_____ 20__ року;