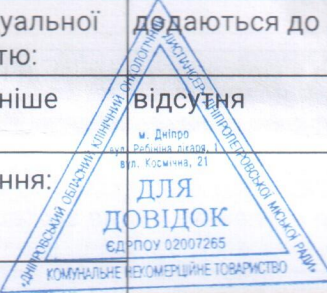


Номер витягу 6/26/2918/В
Дата прийняття рішення 19.08.2026
Номер рішення 6/26/2918/Р

1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи, щодо якої проведено оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – особа):	Кісельов Олексій Геннадійович
2. Дата народження особи:	16.09.1973
3. Стать особи (біологічна):	чоловіча
4. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) (у разі наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті громадянина України) особи:	
5. Реквізити документа, що посвідчує особу:	
5.1. Серія (за наявності) та номер документа, що посвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», орган, що видав документ, дата видачі, строк дії (за наявності):	паспорт громадянина України (книжечкою або ID-карткою) Серія та/або номер: Ким виданий: Коли виданий: Кінцевий строк дії:
5.2. Серія (за наявності) та номер паспортного документа іноземця або документа, що посвідчує особу без громадянства, країна, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії – для іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах:	-
6. Серія (за наявності) та номер військово-облікового документа для призовників, військовозобов'язаних та резервістів чи посвідчення про приписку до призовної дільниці (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років:	військовий квиток
7. Категорія щодо військового обов'язку та військове звання (за наявності) особи – для чоловіків віком від 18 до 60 років (стосовно призовників зазначається – «призовник»):	7.1. Категорія щодо військового обов'язку: військовозобов'язані 7.2. Військове звання: -
8. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) або адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб) особи:	Дніпропетровська обл., Дніпровський р-н., Дніпровська т.г., Дніпро,
9. Контактні дані особи:	
9.1. Номер телефону: (096) 285 14 18	9.2. Адреса електронної пошти (за наявності): не вказано
10. Відомості про довірену особу для повідомлення у разі неможливості зв'язку з особою (за	

наявності):	
10.1. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності):	Кісельова Алла Миколаївна
10.2. Номер телефону:	
10.3. Адреса електронної пошти (за наявності):	-
11. Заклад охорони здоров'я, в якому проведено оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – оцінювання):	
11.1. Найменування: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ТОВАРИСТВО "ДНІПРОВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"	11.3. Фактичне місцезнаходження: Дніпропетровська обл., Дніпровський р-н., Дніпровська т.г., Дніпро, вул.Рєбініна лікаря 1,
11.2. Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ: 02007265	
12. Направлення особи на оцінювання:	12.1. Дата видачі: 05.08.2026 12.2. Номер: ee1f3ad1-4256-48ce-84b8-028dbf44ee0b
13. Форма розгляду експертною командою:	очно, в закладі охорони здоров'я
14. Дата проведення оцінювання:	19.08.2026
15. Інформація про виконання рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, що були надані за результатами попереднього оцінювання: -	
16. Обґрунтування рішення експертної команди за результатами оцінювання: Згідно поданої документації та даних вказаних лікуючим лікарем, наявний у пацієнта діагноз, отримане спеціальне лікування, які призводять до обмеження здатності до пересування та трудової діяльності. У зв'язку з чим пацієнт потребує реабілітації в медичній сфері, послуги у соціальній сфері. Тому згідно з Постановою КМУ №1338 від 15.11.24р. встановлена II група інвалідності на 2 роки.	
17. Рішення експертної команди за результатами оцінювання:	
17.1. У разі проведення оцінювання з метою: встановлення інвалідності; зміни причини інвалідності; закінчення строку, на який встановлено інвалідність; повторного оцінювання у разі настання змін у стані здоров'я; визначення потреби в постійному догляді та інших соціальних послугах.	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.1.1. Рішення щодо встановлення інвалідності:	так
17.1.2. Рішення щодо встановлення інвалідності з оновленою причиною інвалідності:	ні
17.1.3. Рішення щодо визначення потреби в постійному сторонньому догляді:	не застосовується
17.1.4. Рішення щодо оновлення рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю:	так
17.1.5. Дата, з якої встановлено інвалідність:	05.08.2026
17.1.6. Група інвалідності, яку встановлено (у разі встановлення I групи інвалідності – також підгрупа):	друга (II)
17.1.7. Діагноз, за яким особу було направлено, відповідно до національного класифікатора НК	Основний діагноз: C61 - Злоякісне новоутворення передміхурової залози

025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я:	Супутні діагнози: <ul style="list-style-type: none"> • K91.5 - Постхолецистоектомічний синдром • K86.1 - Інший хронічний панкреатит • I11.9 - Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба серця без (застійної) серцевої недостатності • H90.3 - Нейросенсорна втрата слуху, двостороння • J33.1 - Поліпозна дегенерація синуса Ускладнення основного діагнозу: <ul style="list-style-type: none"> • Y83.35 - Нефростомія
17.1.8. Встановлення інвалідності безстроково:	ні
17.1.9. Дата повторного оцінювання (крім осіб, яким інвалідність встановлено безстроково):	01.09.2028
17.1.10. Причина інвалідності (зазначається одна причина; у разі наявності інвалідності з дитинства може бути додатково зазначено іншу причину):	загальне захворювання
17.1.11. Дата настання інвалідності (заповнюється тільки у випадках, якщо однією з причин інвалідності є «інвалідність з дитинства»):	-
17.2. У разі проведення оцінювання з метою встановлення ступеню втрати професійної працездатності:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.2.1. Рішення щодо встановлення ступеню втрати професійної працездатності:	не застосовується
17.2.2. Дата, з якої визначено відсоток втрати професійної працездатності:	не застосовується
17.2.3. Причина втрати професійної працездатності:	не застосовується
17.2.4. Відсоток втрати професійної працездатності:	
17.2.5. Дата встановлення професійного захворювання чи настання трудового каліцтва:	
17.2.6. Дата повторного оцінювання відсотка непрацездатності (у разі необхідності):	не застосовується
17.3. У разі проведення оцінювання з метою продовження тимчасової непрацездатності:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.3.1. Рішення щодо продовження тимчасової непрацездатності:	не застосовується
17.3.2. Строк, на який було продовжено тимчасову непрацездатність особи:	не застосовується
17.4. У разі проведення оцінювання з метою визначення медичних показань для забезпечення автомобілем та/або електроскутером і протипоказань до керування ним:	
<i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.4.1. Рішення щодо забезпечення автомобілем та/або електроскутером:	не застосовується

17.4.2. Медичні показання для забезпечення автомобілем та/або електроскутером:	не застосовується
17.4.3. Протипоказання до керування автомобілем та/або електроскутером:	не застосовується
17.5. У разі проведення оцінювання з метою встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням, трудовим каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.5.1. Рішення щодо встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням, трудовим каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я:	не застосовується
17.5.2. Пов'язаність смерті з професійним захворюванням, травмою на виробництві або іншим ушкодженням здоров'я:	не застосовується
17.6. У разі проведення оцінювання з метою встановлення причинного зв'язку інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві: <i>Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.</i>	
17.6.1. Рішення щодо встановлення причинного зв'язку інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві:	ні
18. Рекомендації, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю:	додаються до витягу з рішення
19. Наявність або відсутність в особи раніше встановленої інвалідності:	відсутня
Особа, яка сформулила витяг з рішення: Злобіна Катерина Сергіївна	
М.П. (за наявності) 19.08.2026	 (підпис)

З витягом з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи ознайомлений

(Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи)

(дата)

(підпис)

Важливо:

- **Уважно перевірте** правильність написання усіх ваших даних - у випадку виявлення помилок, одразу повідомте команду для виправлення.
- **Ознайомтесь** із рішенням та за потреби **запросіть уточнення чи роз'яснення** щодо рішення чи рекомендацій.
- Витяг з рішення та рекомендації (за наявності) надійдуть вам на вказану в направленні **електронну пошту**.
- У випадку очного оцінювання, експертна команда може надати вам **1 паперовий екземпляр** витягів з підписами та печатками. Додаткові екземпляри можуть надаватись за процесом, визначеним у закладі.

- **Оформлення пенсій чи соціальних виплат** відбувається за зверненням до територіальних органів Пенсійного фонду України. Щодо одноразової грошової допомоги необхідно звернутись до профільних органів.
- Отримання **допоміжних засобів реабілітації (ДЗР)** потребує подачі заявки до: ЦНАП або органів соцзахисту, тервідділень Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю, або онлайн через Соціальний портал: <https://soc.gov.ua>.
- **Медичні вироби, медичні послуги та послуги реабілітації** оформлюють за місцем перебування в органах місцевого самоврядування та закладах охорони здоров'я.
- **Скаргу на рішення експертної команди** можна подати через вашого лікуючого лікаря або до Центру оцінювання функціонального стану особи за адресою: **49005, м. Дніпро, провулок Феодосія Макаревського, 1-А**. Строк подання скарги — до 40 календарних днів з моменту отримання витягу з рішення.

Детальніше про нову систему оцінювання: <https://moz.gov.ua/uk/ekopfo>

Опитування пацієнтів:

Запрошуємо Вас пройти опитування щодо вашого досвіду з ЕКОПФО. Опитування **займає до 5 хвилин**.

Відповіді надходять **напрямую до МОЗ України**.

Ваша участь та відповіді допоможуть зрозуміти, що в процесі працює добре, а що потребує змін.

Дякуємо!

Опитування доступне за **QR-кодом** та **посиланням**:

<https://moz.gov.ua/uk/news/ekopfo-opituvannya-paciyentiv>



Рекомендації,

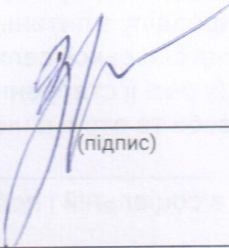
які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю

Номер витягу: 6/26/2918/І

1. Рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, до витягу з якого додаються рекомендації, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю:	1.1. Дата прийняття рішення: 19.08.2026 1.2. Номер рішення: 6/26/2918/Р
2. Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи, щодо якої проведено оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – особа):	Кісельов Олексій Геннадійович
3. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) (у разі наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті громадянина України) особи:	
4. Реквізити документа, що посвідчує особу:	
4.1. Серія (за наявності) та номер документа, що посвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», орган, що видав документ, дата видачі, строк дії (за наявності):	паспорт громадянина України (книжечкою або ID-карткою) Серія та/або номер: Ким виданий: Коли виданий: Кінцевий строк дії:
4.2. Серія (за наявності) та номер паспортного документа іноземця або документа, що посвідчує особу без громадянства, країна, орган, що видав документ, дата видачі, строк дії – для іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах:	-
5. Рекомендації, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю:	
5.1 Здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за своєю поведінкою, здобуття освіти, трудової діяльності, встановлена за результатами оцінювання особи (із зазначенням ступенів):	
5.1.1. Здатність до самообслуговування:	виражений ступінь обмеження
5.1.2. Здатність до пересування:	помірний ступінь обмеження
5.1.3. Здатність до орієнтації:	нормальна здатність
5.1.4. Здатність до спілкування:	нормальна здатність
5.1.5. Здатність до контролю за своєю поведінкою:	нормальна здатність
5.1.6. Здатність до здобуття освіти:	помірний ступінь обмеження
5.1.7. Здатність до трудової діяльності:	виражений ступінь обмеження
5.2. Рекомендації щодо забезпечення особи допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації):	
Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.	
5.2.1. Потреба в забезпеченні допоміжними	Ні

засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації):	
5.2.2. Код допоміжного засобу реабілітації (технічного та іншого засобу реабілітації) згідно з ДСТУ EN ISO 9999:2021 (EN ISO 9999:2016, IDT; ISO 9999:2016, IDT) «Засоби допоміжні для осіб з обмеженням життєдіяльності. Класифікація та термінологія»:	-
5.2.3. Найменування допоміжного засобу реабілітації (технічного та іншого засобу реабілітації) (клас, підклас, вид, підвид) та/або варіанти виготовлення допоміжного засобу реабілітації (технічного та іншого засобу реабілітації) залежно від потреб особи згідно з Додатком 1 до постанови Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку» (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 07 грудня 2023 року № 1306):	
5.3. Рекомендації щодо забезпечення особи медичними виробами:	
Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.	
5.3.1. Потреба в забезпеченні медичними виробами:	Так
5.3.2. Найменування медичних виробів відповідно до додатків 1 та 2 до Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року № 1301:	<ul style="list-style-type: none"> з 19.08.2026 <ol style="list-style-type: none"> Фіксує стрічки/ремінці сечоприймача до ноги/ліжка, 3 місяці, 2 штуки з 19.08.2026 <ol style="list-style-type: none"> Сечоприймачі, 1 місяць, 30 штук
5.3.3. Строк, протягом якого особа потребує забезпечення кожним медичним виробом:	
5.3.4. Кількість одиниць, які необхідні для забезпечення особи кожним медичним виробом протягом відповідного строку:	
5.4. Рекомендації щодо забезпечення особи послугами, потребу в яких визначено чи має бути оцінено в інших сферах життєдіяльності (потреба в отриманні послуг з реабілітації у сфері охорони здоров'я, соціальної і побутової, психолого-педагогічної, професійної і трудової та/або фізкультурно-спортивної реабілітації):	
Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.	
5.4.1. У медичній сфері:	
5.4.1.1. Потреба в отриманні реабілітаційної допомоги в сфері охорони здоров'я:	Так
5.4.1.2. Потреба в реконструктивній хірургії:	Ні
5.4.1.3. Потреба в санаторно-курортному	Ні

лікуванні:	
5.4.2. У соціальній сфері:	
5.4.2.1. Рекомендація звернутися до територіального органу Пенсійного фонду України для вирішення питання щодо призначення страхових виплат або до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення сільської, селищної, міської, районної у місті (у разі її створення) ради для вирішення питання щодо призначення державної допомоги:	Так
5.4.2.2. Рекомендація звернутися до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення сільської, селищної, міської, районної у місті (у разі її створення) ради для визначення потреби та отримання соціальних послуг:	Так
5.4.2.3. Потреба в соціальній і побутовій реабілітації:	Ні
5.4.3. В освітній сфері:	
5.4.3.1. Рекомендація звернутися до інклюзивно-ресурсного центру для проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи:	Ні
5.4.3.2. Потреба в психолого-педагогічній реабілітації:	Ні
5.4.4. У сфері зайнятості та працевлаштування:	
5.4.4.1. Потреба у визначенні можливого облаштування робочого місця:	Ні
5.4.4.2. Рекомендація звернутися до центру зайнятості або онлайн для отримання безкоштовних послуг з профорієнтації, перенавчання тощо:	Ні
5.4.4.3. Загальні обмеження в професійній діяльності, що можуть значно вплинути на погіршення здоров'я:	Ні
5.4.4.4. Потреба в професійній і трудовій реабілітації:	Ні
5.4.5. У сфері фізкультурно-спортивної реабілітації:	
5.4.5.1. Потреба в навчанні навичкам занять з фізичної культури:	Ні
5.4.5.2. Потреба в оздоровленні та реабілітації у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації:	Ні
5.4.5.3. Потреба в навчально-тренувальних заняттях з фізичної культури і спорту:	Ні
5.4.5.4. Потреба в занятті спортом:	Ні
5.5. Додаткове визначення потреб у разі встановлення причини інвалідності «нещасний випадок на виробництві (трудове каліцтво чи інше ушкодження здоров'я)» або «професійне захворювання»:	
Заповнюється в разі, якщо це стосується справи, що розглядалася.	

5.5.1. Спеціальний медичний догляд:	-
5.5.2. Постійний сторонній догляд:	-
5.5.3. Побутове обслуговування:	-
5.5.4. Додаткове харчування:	-
5.5.5. Предмети і засоби особистої гігієни, санітарно-гігієнічні засоби та засоби догляду:	-
5.5.6. Одяг (у тому числі постільна та натільна білизна, постільні речі, гігієнічні вироби, перуки), взуття та інші предмети першої необхідності:	-
5.5.7. Лікарські засоби:	-
<p>Особа, яка сформувала витяг з рішення, до якого додаються рекомендації:</p> <p>Злобіна Катерина Сергіївна</p>	
<p>М.П. (за наявності)</p> <p>19.08.2026</p>	 <p>(підпис)</p>

З рекомендаціями, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, ознайомлений

(Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи)

(дата)

(підпис)