Додаток 1
до Положення про групи рівних
(підпункт 3 пункту 4 розділу IV)

КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань»

(найменування закладу охорони здоров'я (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця), на базі якого (якою) створено групу рівних)

План
проведення заходів групи рівних

сестер медичних / братів медичних

(посади/професії працівників та спеціальності)

№	Дата	Тема (клінічна/ професійна ситуація)	Доповідач	Місце проведення	Примітка*
1	13.08.2026	«Пацієнт, якого ми вже "записали в складні": як стигма та упередження впливають на якість медичної допомоги»	Слухай Марина Петрівна	М. Суми, вул. Білопільський шлях, 22	
2	17.09.2026	«Як зрозуміти, що я виснажений/виснажена? Стрес, тривога та перші сигнали вигорання».	Кривошей Л.В.	М. Суми, вул. Білопільський шлях, 22	
3	15.10.2026	«Пацієнт агресивний, конфліктний, не йде на контакт — як діяти?»	Наталіч С. П	М. Суми, вул. Білопільський шлях, 22	
4	12.11.2026	«Пацієнт із залежністю: наші реакції, стереотипи та реальні потреби пацієнта» «Коли сил не залишається: як медичній сестрі відновити свій ресурс»	Дорофєєва Г. В. Притика О.М.	М. Суми, вул. Білопільський шлях, 22	
5	10.12.2026	«Укол, контакт із біологічними рідинами, аварійна ситуація — як діяти медичному працівнику?»	Бражник Т.М.	М. Суми, вул. Білопільський шлях, 22	

Слухай Марина Петрівна _____ _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фасилітатора) (підпис фасилітатора) (дата)

Погоджено:

_____ _____ _____
(посада / фізична особа — підприємець) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис

_____ _____ _____
(посада) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис

_____ _____ _____
(посада) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) (підпис