

ИМПАКТ	МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ						
Пацієнт №	106017						
Дата	09-09-2026						
ПІБ	САГАЙДАК ВАЛЕНТИНА СТЕПАНІВНА						
Телефон	380678454701	Населений пункт	Широке	Стать	жіноча		
Дата народження	1962-01-18	Вік	64	Інвалідність	відсутня	Статус	жіноча
Для потреб гуманітарного медичного проекту даю згоду на збір та обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" Документ 2297-VI від 16.09.2022 року							
_____ПІДПИС							
Консультаційний висновок лікаря							
ПІБ лікаря	Лікар: Наталя Колісник спеціалізація: сімейний лікар						
Скарги: періодичне підвищення АТ, головний біль, шум у вухах, почервоніння і зуд очей, закладеність носа, біль в суглобах							
Анамнез хвороби: ІХС, ГХ тривало.							
Об'єктивне обстеження: Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ – 140\85. Рс – 73. SpO2 – 98%. Сечова кислота - 447. Глюкоза крові - 5,8							
Діагноз: ІХС. АКС. ГХ 2ст. 2ст. ССР2. СН 0ст. Алергічний рино-кон"юктивіт. Тривожний розлад. Подагричний артрит. Порушення толерантності до вуглеводів.							
Рекомендації: Лоратадин (Біластин, Алегра 120мг) 10мг по 1т 1-2 рази на день при загостренні алергії. Мометазон 2-3 рази на день – 1 міс. Тіара дуо (Вальсакор Н) 80-160\12,5мг по 1т вранці. Магнікор (кардіомагніл, кардіодар, лоспірин, АСК) 75мг по 1т ввечері. Дієта при подагрі стіл 6 по Певзнеру. Алопуринол 300мг по 1\2т вранці (або Подаграт (подафеб, фебумакс, єврофеб) 80мг вранці) тривало. Підвищення дози, за необхідності, через 3-4 тижні. Контроль сечової кислоти раз на три місяці. Диклофенак 50мг\ Фаніган (або: Ібупрофен 400мг або ФОРСАНЕК 60-90 мг, ксефокам-ларфікс 8мг,) по 1т двічі на день після їжі– 10 днів, Омепразол 20мг по 1т натще – 2 тижні. Проксетин 20мг по 1\4т вранці - 7 днів, далі 1\2т ранок - 6-9-12 міс з поступовою відміною. Кров на глікований гемоглобін.							
Всі послуги надаються безкоштовно Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).							

Я, **САГАЙДАК ВАЛЕНТИНА СТЕПАНІВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **САГАЙДАК ВАЛЕНТИНА СТЕПАНІВНА** ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав (ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення.

Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитись на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування. Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЗОК Безкоштовна гаряча лінія: 0 800 448 103 e-mail: help@fortitude.org.ua ВСІ ПОСЛУГИ НАДАЮТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF)