

|                                                                                                                                                                                                   |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|--------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ИМПАКТ                                                                                                                                                                                            | МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ                      |                 |        |              |  |        |        |
| Пацієнт №                                                                                                                                                                                         | 106019                                |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Дата                                                                                                                                                                                              | 09-09-2026                            |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| ПІБ                                                                                                                                                                                               | ЛУКАШУК НІНА ФОМІНІЧНА                |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Телефон                                                                                                                                                                                           | 380682433166                          | Населений пункт | Широке | Стать        | жіноча                                                                             |        |        |
| Дата народження                                                                                                                                                                                   | 1950-04-13                            | Вік             | 76     | Інвалідність | відсутня                                                                           | Статус | жіноча |
| Для потреб гуманітарного медичного проєкту 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: Марія Співак<br>спеціалізація: |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Скарги: Скарги на часте сечовипускання, біль в попереку, періодичні болі при сечовипусканні, біль в спині під час поворотів тулуба. Колір сечі темний ( зі слів пацієнтки наче чай).              |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Анамнез хвороби: В анамнезі СКХ                                                                                                                                                                   |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Об'єктивне обстеження: Об`єктивно: с-м Пастернацького позитивний зправа.                                                                                                                          |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Діагноз: Цистит ОХЗ                                                                                                                                                                               |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Рекомендації: Рекомендації: ЗАС, ЗАК, УЗД- сечовидільних шляхів для виключення сумісних патологій Ібупрофен 400 мг 1 таб при болях у спині Ципринол 500 мг 1 таб 2 р/д після дообстеження         |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Всі послуги надаються безкоштовно<br>Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).                                                                                          |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |

Я, **ЛУКАШУК НІНА ФОМІНІЧНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **ЛУКАШУК НІНА ФОМІНІЧНА** 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](mailto:help@fortitude.org.ua) ВСІ ПОСЛУГИ НАДАЮТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF)