

IMPACT	МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ						
Пацієнт №	106034						
Дата	09-09-2026						
ПІБ	ЯЗАН ГАЛИНА ІВАНІВНА						
Телефон	380981279199	Населений пункт	Широке	Стать	жіноча		
Дата народження	1964-09-09	Вік	62	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: Наталя Колісник спеціалізація: сімейний лікар						
Скарги: періодичне підвищення АТ, головний біль, шум у вухах, періодичне запаморочення, підвищенні рівні глюкози, відчуття печіння в стопах, оніміння дистальних відділів кінцівок, поколювання голок, біль у попереку.							
Анамнез хвороби: ІХС, ГХ тривало. Страждає на ЦД 2 типу.							
Об'єктивне обстеження: Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ – 111\70. Ps – 89. SpO2 – 98%.							
Діагноз: ІХС. АКС. ГХ 2ст. 2ст. ССР2. СН 0ст. ЦД 2тип, середньотяжка течія, субкомпенсований. Діабетична полінейропатія. ДДЗХ. ОХЗ							
Рекомендації: Дієта стіл 9 по Певзнеру. Кров на Глікований гемоглобін кожні 3 місяці. Метформін пролонгованої дії (Сіофор) 1000мг 1т двічі на день, Глімакс 4мг в обід. Еналаприл 5-10мг по 1т 2 рази на день. Магнікор (кардіомагніл, кардіодар, лоспірин, АСК) 75мг по 1т ввечері. Аторвастатин (розувостатин, симвастатин) 20мг по 1т ввечері. 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. Мідокалм (толперіл) 150мг по 1т двічі на день – 10 днів, Неовітам по 1т двічі на день – 10 днів, далі по 1т вранці 20 днів.							
Всі послуги надаються безкоштовно Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).							

Я, **ЯЗАН ГАЛИНА ІВАНІВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **ЯЗАН ГАЛИНА ІВАНІВНА** 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)