

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|--------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| IMPACT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ                      |                 |        |              |  |        |        |
| Пацієнт №                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 106041                                |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| Дата                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 09-09-2026                            |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| ПІБ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | БОБРОВА ГАЛИНА ПЕТРІВНА               |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| Телефон                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 380681229722                          | Населений пункт | Широке | Стать        | жіноча                                                                            |        |        |
| Дата народження                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1953-10-08                            | Вік             | 72     | 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 періодичну біль у серці протягом 2-х місяців, задишку, сльозотечію, виділення з носу                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| Анамнез хвороби:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| Об'єктивне обстеження: АТ=120/70 ЧСС=53                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| Діагноз: ІХС ГХ Алергічний рино-кон`юктивіт                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| Рекомендації: Контроль АТ,ЧСС Раціональне харчування Предукал 80 ОД 1 таб 1 р/д 1-3 місяці Сиднофарм 2 мг 1/2 таб 1 - 2 р/д поспіль 10 днів, або перед фізичним навантаженням (поспіль приймати не більше 10 днів!!!) Лоспірин 75 мг 1 таб 1 р/д після вечері Еналаприл 5 мг 1 таб 1 р/д Ранок під контролем АТ Лоратадин 1 таб 1 р/д |                                       |                 |        |              |                                                                                   |        |        |
| Всі послуги надаються безкоштовно<br>Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).                                                                                                                                                                                                                              |                                       |                 |        |              |                                                                                   |        |        |

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

Я, **БОБРОВА ГАЛИНА ПЕТРІВНА** 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)