

ИМПАКТ	МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ						
Пацієнт №	106046						
Дата	09-09-2026						
ПІБ	ЧИКУНСЬКА ГАННА МИКОЛАЇВНА						
Телефон	380986111305	Населений пункт	Широке	Стать	жіноча		
Дата народження	1963-04-28	Вік	63	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: біль у попереку, що іррадіює в нижню кінцівку по передній поверхні, відчуття оніміння в пальцях правої н\к, біль у нижніх кінцівках, швидка втомлюваність ніг, їх набряк, варикозне розширення вен н\к, судоми в м"язах ніг							
Анамнез хвороби: Тривало							
Об'єктивне обстеження: Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ – 140\80. Рс – 73. SpO2 – 98%.							
Діагноз: ДДЗХ. ОХЗ. Попереково-крижова радикулопатія. ГХ 2ст. ХВХВНК.							
Рекомендації: Обмеження фізичного навантаження. МРТ поперекового відділу хребта, консультація невропатолога. 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 2-3 рази на день – 10 днів, Неовітам по 1т двічі на день – 10 днів, далі по 1т вранці 20 днів. Еналоприл 10мг по 1т 1-2 рази на день. Магнікор (кардіомагніл, кардіодар, лоспірин, АСК) 75мг по 1т ввечері. Моксопрес (моксонідин, Фізіотенз) 0,2- 0,4- (до 0,6мг на добу максимально, розділених на 2 прийоми) або Каптопрес (фенігедин, ніфедипін) 1т під язик як швидка допомога при кризах. Детралекс (нормовен) 1000мг вранці -3 міс курсами двічі на рік. Гепаринова мазь (ліотон, троксевазин) двічі на день 3міс. Компресійні панчохи 2кл.							
Всі послуги надаються безкоштовно Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).							

Я, **ЧИКУНСЬКА ГАННА МИКОЛАЇВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **ЧИКУНСЬКА ГАННА МИКОЛАЇВНА** 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)