

IMPACT	МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ						
Пацієнт №	106051						
Дата	09-09-2026						
ПІБ	ДАНИЛЮК АНТОНІНА ЮРІЇВНА						
Телефон	380968637302	Населений пункт	Широке	Стать	жіноча		
Дата народження	1956-03-12	Вік	70	Інвалідність	3	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, періодичне запаморочення, болі в суглобах (плечових, колінних, голеностопних), деформація і біль в дрібних суглобах кінцівок, пригнічений настрій, плаксивість, сильна дратівливість, порушення сну, тривожність .							
Анамнез хвороби: Тривало.							
Об'єктивне обстеження: Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ – 138\77. Рs – 77. SpO2 – 98%.							
Діагноз: ІХС. АКС. ГХ 2ст. 2ст. ССР2. СН 0ст. ХАІТ, атрофічна форма, гіпотиреоз важка форма, субкомпенсація. Ревматоїдний артрит. Тривожно-депресивний розлад. Поліноз. Гіпомоторний коліт. Хронічний бронхіт.							
Рекомендації: Левотироксин 300мг вранці натще. Метотаб 7,5мг по 1т раз на тиждень. 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. Ко-пренесса (ко-пренелія) 4-8мг по 1т вранці. Магнікор (кардіомагніл, кардіодар, лоспірин, АСК) 75мг по 1т ввечері. Проксетин 20мг по 1\4т вранці - 7 днів, далі 1\2т ранок - 6-9-12 міс з поступовою відміною. Лоратадин (Біластин, Алегра 120мг) 10мг по 1т 1-2 рази на день при загостренні алергії. Прокто-мазь мазь. Нормолакт по 15-25мл або бісакодил 5мг 1-2т ввечері раз на три дні при закрепках. Амоксиклав 625мг двічі на день - 7 днів при загостреннях бронхіту							
ВСІ ПОСЛУГИ НАДАЮТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).							

Я, **ДАНИЛЮК АНТОНІНА ЮРІЇВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **ДАНИЛЮК АНТОНІНА ЮРІЇВНА** 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)