

ИМПАКТ	МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ						
Пацієнт №	106058						
Дата	09-09-2026						
ПІБ	СЮСЬКО ОЛЕНА МИХАЙЛІВНА						
Телефон	380983516223	Населений пункт	Широке	Стать	жіноча		
Дата народження	1971-08-18	Вік	55	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: періодичні болі в області серця, підвищення АТ, помірна задишка при ходьбі, набряки н/к, прискорене серцевиття, болі всуглобах.							
Анамнез хвороби: ІХС, ГХ тривало.							
Об'єктивне обстеження: Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ – 190\100. Рс – 83. SpO2 – 98%. Сечова кислота - 432							
Діагноз: ІХС. АКС. ГХ 2ст. 3ст. ССР4. СН 2Аст. ДВЗ, еутиреоз. Подагричний артрит							
Рекомендації: Спробувати замінити Ірбетан Н на Телміста НД 80мг по 1т вранці. Бісопролол 5мг по 1т вранці. Спіронолактон (Верошпірон, Еплепрес) 100мг по 1т о 12:00. Коринфар ретард 20мг по 1т ввечері. Магнікор (кардіомагніл, кардіодар, лоспірин, АСК) 75мг по 1т ввечері. Аторвастатин (розувостатин, симвастатин) 20мг по 1т ввечері. Моксопрес (моксонідин, Фізіотенз) 0,2- 0,4- (до 0,6мг на добу максимально, розділених на 2 прийоми) при кризах. Трифас (Торсід) 10мг по 1т вранці натще 2 рази на тиждень або Фуросемід 40мг по 1т вранці натще 2 рази на тиждень + аспаркам по 1т тричі на день в той же день. Ниркові проби (сечовина, креатинін, розрахунок ШКФ). УЗД ЩЗ, гормони ЩЗ (ТТГ, Т4віль, АТТПО). Дієта при подагрі стіл 6 по Певзнеру. Алопуринол 300мг по 1\2т вранці (або Подаграт (подафеб, фебумакс, єврофеб) 80мг вранці) тривало. Підвищення дози, за необхідності, через 3-4 тижні. Контроль сечової кислоти раз на три місяці. 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.							
ВСІ ПОСЛУГИ НАДАЮТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).							

Я, **СЮСЬКО ОЛЕНА МИХАЙЛІВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **СЮСЬКО ОЛЕНА МИХАЙЛІВНА** 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)