

IMPACT	МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ						
Пацієнт №	106059						
Дата	09-09-2026						
ПІБ	МАЛЮК АНТОНІНА ІВАНІВНА						
Телефон	380671152699	Населений пункт	Широке	Стать	жіноча		
Дата народження	1979-09-05	Вік	47	Інвалідність	3	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: біль у нижніх кінцівках, швидка втомлюваність ніг, їх набряк, варикозне розширення вен н\к							
Анамнез хвороби:							
Об'єктивне обстеження:							
Діагноз: ХВХВНК.							
Рекомендації: Детралекс (нормовен) 1000мг вранці -3 міс курсами двічі на рік. Гепаринова мазь (ліотон, троксевазин) двічі на день Зміс. Компресійні панчохи 2кл.							
ПІБ лікаря	Лікар: Наталя Колісник спеціалізація: сімейний лікар						
Скарги: кашель з виділенням мокроти, часті респіраторні захворювання, пригнічений настрій, плаксивість, сильна дратівливість, порушення сну, тривожність							
Анамнез хвороби: від народження.							
Об'єктивне обстеження: Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ – 140\80. Рs – 90. SpO2 – 98%.							
Діагноз: Депресивний розлад. Синдром Зіверта-Картагенера							
Рекомендації: Симбікорт турбухалер (буфомікс) 160\4,5мкг двічі на день тривало. Спіріва 18мкг вранці тривало. Місол (сертралін) 100мг по 1\2т вранці - 2тижні, далі по 1т вранці - 6-9-12 міс з поступовою відміною - 6 упаковок. Амітриптилін 25мг по 1т за 30хв до сну. Ібупрофен 400мг при головних болях. Парацетамол 500мг при головних болях. Амоксил К 625мг по 1т 2-3 рази на добу - 7 днів.							
Всі послуги надаються безкоштовно Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).							

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

Я, **МАЛЮК АНТОНІНА 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)