

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|--------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| ИМПАКТ                                                                                                                                                                                                                                | МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ                                        |                 |        |              |  |        |          |
| Пацієнт №                                                                                                                                                                                                                             | 106060                                                  |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Дата                                                                                                                                                                                                                                  | 09-09-2026                                              |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| ПІБ                                                                                                                                                                                                                                   | ОРИНЧАК ІВАН ПЕТРОВИЧ                                   |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Телефон                                                                                                                                                                                                                               | 380671152699                                            | Населений пункт | Широке | Стать        | чоловіча                                                                           |        |          |
| Дата народження                                                                                                                                                                                                                       | 1940-07-08                                              | Вік             | 86     | Інвалідність | 2                                                                                  | Статус | чоловіча |
| 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<br>спеціалізація: сімейний лікар |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Скарги:                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Анамнез хвороби: ІХС, ГХ тривало.                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Об'єктивне обстеження:                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Діагноз: ІХС. АКС. ГХ 2ст. 2ст. ССР2. СН 0ст. ДГПЗ. Катетер-асоційований цистит.                                                                                                                                                      |                                                         |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Рекомендації: Фурадонін 100мг по 1т 2-3 р\д – 7 днів. Ципрофлоксацин 500мг по 1т двічі на день – 7-10 днів. Еналаприл 10мг по 1т 1-2 рази на день. Клопідогрель (Атерокард) 75мг по 1т ввечері. Парацетамол 500мг при головних болях. |                                                         |                 |        |              |                                                                                    |        |          |
| Всі послуги надаються безкоштовно<br>Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).                                                                                                                              |                                                         |                 |        |              |                                                                                    |        |          |

Я, **ОРИНЧАК ІВАН ПЕТРОВИЧ** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **ОРИНЧАК ІВАН ПЕТРОВИЧ** 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)