

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|--------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ИМПАКТ                                                                                                                                                                                                                                                                            | МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ                      |                 |        |              |  |        |        |
| Пацієнт №                                                                                                                                                                                                                                                                         | 106074                                |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Дата                                                                                                                                                                                                                                                                              | 09-09-2026                            |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| ПІБ                                                                                                                                                                                                                                                                               | БОЖКО НІНА ДМИТРІВНА                  |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Телефон                                                                                                                                                                                                                                                                           | 380674945577                          | Населений пункт | Широке | Стать        | жіноча                                                                             |        |        |
| Дата народження                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1941-01-05                            | Вік             | 85     | Інвалідність | 2                                                                                  | 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: Марія Співак<br>спеціалізація: |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Скарги: Скарги на болі в спині, стрибки тиску, задишка в спокої і під час фізичного навантаження                                                                                                                                                                                  |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Анамнез хвороби:                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Об'єктивне обстеження: АТ= 180/90 ЧСС=50 глюкоза - 7,6 ммоль/л (через три годин після їжі) гемоглобін - 126 g   L                                                                                                                                                                 |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Діагноз: ГХ ОХЗ                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Рекомендації: Контроль АТ,ЧСС Раціональне харчування Краплі Зеленіна при зниження пульсу нижче 50 Лозартан 50 мг 1 таб 1 р/д Ранок під контролем АТ Амлодипін 5 мг 1 таб 1 р/д Вечір під контролем АТ Ібупрофен 400 мг 1 таб при болях після їжі Тіотріазолін 1 та 3 р/д 1 місяць |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |
| Всі послуги надаються безкоштовно<br>Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).                                                                                                                                                                          |                                       |                 |        |              |                                                                                    |        |        |

Я, **БОЖКО НІНА ДМИТРІВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **БОЖКО НІНА ДМИТРІВНА** 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)