

IMPACT	МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ						
Пацієнт №	106099						
Дата	10-09-2026						
ПІБ	БЕЗКРОВНА ГАННА ВАСИЛІВНА						
Телефон	+380983847201	Населений пункт	Новожи́томир	Стать	жіноча		
Дата народження	1959-12-07	Вік	66	Інвалідність	відсутня	Статус	місцевий
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 спеціалізація:						
Скарги: на нестабільність цифр тиску, стиснення в області серця							
Анамнез хвороби: Хворіє тривало							
Об'єктивне обстеження: Загальний стан задовільний. Шкірні покриви чисті, фіззабарвленя. Видимі слизові звичайного кольору та вологості. Периферичні лімфовузли без ознак запалення. Аускультативно в легенях везикулярне дихання,дещо ослаблене в н/в, хрипів немає. ЧД 16/хв. Серцеві тони приглушені, ритмічні. Живіт при пальпації м'який, не болючий. Симптом постукування негативний з обох сторін. Фіз.відправлення в нормі.							
Діагноз: ХОЗЛ ІХС ГХ Люмбоішалгія							
Рекомендації: Комбіприл пів таб 1 раз на добу вранці, при задишці синднофарм 2мг пів таблетки 2 рази на добу 10 днів, фаніган 1 таб 1 раз на добу після їжі 10 днів, омепразол 20мг за 30хв. 1 капс 10 днів, токката 150мг 1 таб 3 рази на добу 10 днів, нейромакс 1 таб 1 раз на добу 1 міс, при головних болях панадол 500мг 1 таб 1 раз на добу, від алергії лоратадин 10мг 1 таб 1 раз на добу 10 днів							
Всі послуги надаються безкоштовно Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).							

Я, **БЕЗКРОВНА ГАННА ВАСИЛІВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **БЕЗКРОВНА ГАННА ВАСИЛІВНА** 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)