

|                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| ИМПАКТ                                                                                                                                                                                            | МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ                                       |                 |       |              |  |        |          |
| Пацієнт №                                                                                                                                                                                         | 102894                                                 |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Дата                                                                                                                                                                                              | 10-09-2026                                             |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| ПІБ                                                                                                                                                                                               | ІЛЮХА НІНА ВОЛОДИМИРІВНА                               |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Телефон                                                                                                                                                                                           | +380972697467                                          | Населений пункт | Валки | Стать        | жіноча                                                                             |        |          |
| Дата народження                                                                                                                                                                                   | 1950-01-07                                             | Вік             | 76    | 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: Карина Кривоніс<br>спеціалізація: адміністратор |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Скарги:                                                                                                                                                                                           |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Анамнез хвороби:                                                                                                                                                                                  |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Об'єктивне обстеження: сечова кислота 361                                                                                                                                                         |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Діагноз: ІХС ГХ Тривожний розлад Артрит. Пресбіопія                                                                                                                                               |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Рекомендації:                                                                                                                                                                                     |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| ПІБ лікаря                                                                                                                                                                                        | Лікар: Кардіолог<br>спеціалізація: кардіолог           |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Скарги:                                                                                                                                                                                           |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Анамнез хвороби:                                                                                                                                                                                  |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Об'єктивне обстеження: АТ 150/100 ЧСС-74                                                                                                                                                          |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Діагноз: ГХ Іст, 2 ст, ризик помірний.                                                                                                                                                            |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Рекомендації: Телміста Н 40/12.5 мг 1т ранок Або Раміприл 5 мг 1т ранок                                                                                                                           |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |
| Всі послуги надаються безкоштовно<br>Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).                                                                                          |                                                        |                 |       |              |                                                                                    |        |          |

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

Я, **ІЛЮХА НІНА ВОЛОДИМИРІВНА** 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)