

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| IMPACT                                                                                                                                                                                                                                                              | МОБІЛЬНІ КЛІНІКИ                                        |                 |              |              |  |        |          |
| Пацієнт №                                                                                                                                                                                                                                                           | 106725                                                  |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Дата                                                                                                                                                                                                                                                                | 09-09-2026                                              |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| ПІБ                                                                                                                                                                                                                                                                 | АБДУЛАЄВА ЛЮБОВ ВІТАЛІЇВНА                              |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Телефон                                                                                                                                                                                                                                                             | +380967282862                                           | Населений пункт | Давидів Брід | Стать        | жіноча                                                                             |        |          |
| Дата народження                                                                                                                                                                                                                                                     | 1975-05-08                                              | Вік             | 51           | 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: Анастасія Іошан<br>спеціалізація: сімейний лікар |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Скарги: коливання тиску , головні болі , тривожність , безсоння                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Анамнез хвороби:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Об'єктивне обстеження: Загальний стан -стабільний Шкіра і видимі слизові звичайного кольору , чисті . Аускультативно дихання везик, хрипи відсутні Діяльність серця ритмічна, тони збережені. АТ 130-80 ЧСС 75 Живіт м`який, б/б при пальп Фіз відправлення в нормі |                                                         |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Діагноз: ГХ ДДУХ Цефалгія Астено невротичний с-м                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Рекомендації: контроль тиску раміприл 5 мг продовжувати прийом розувастатін 20 мг 1 табл вечір ривало від холестерину ібупрофен 400 мг при болю від тривоги- бафазол 1 табл 3 рази на день курсом до 1 міс                                                          |                                                         |                 |              |              |                                                                                    |        |          |
| Всі послуги надаються безкоштовно<br>Проект реалізується за підтримки Ukrainian Humanitarian Fund (UHF).                                                                                                                                                            |                                                         |                 |              |              |                                                                                    |        |          |

Я, **АБДУЛАЄВА ЛЮБОВ ВІТАЛІЇВНА** одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я, **АБДУЛАЄВА ЛЮБОВ ВІТАЛІЇВНА** 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)