

Mykola HRECHYN RČ: 7803039321 Adresa: Vinné 3276, 072 31 ZP: 2546

Subj: nemá sa dobre, stále cíti bolesti v oblasti hrudnej chrbtice, pocit mravčenia v danej oblasti, pri pohybe bolesť zvyrazní sa.

Hrudník PA:

pľ. parenchým bez čerstvých ložiskových či infiltratívnych zmien. Hilové tieň nezväčšené, kresba primeraná. Bránica bilat. klenutá, uhly voľné. Tieň srdca nezväčšený. Zachytený skelet bez evid. patol. lož. zmien.

Rebrá vpravo:

Bez preukázateľných čerstvých traumatických zmien na skelete.

Th chrbtica:

Bez preukázateľných čerstvých traumatických zmien na skelete.

Mierná deviácia osi Th chrbtice doprava. Nevýrazná výšková redukcia tiel Th stavcov vo vrchole kyfózy - v.s. v rámci deg. zmien. Bez spondylolistézy. IV priestory nezúžené. Drobné ventrálne osteofyty Th5-10. Pedikle sú čitateľné.

MUDr. Jozef Gašparek 27.08.2024 (SVLZ rádiológia)

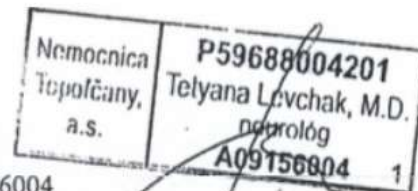
Obj: stac neurolog nález.

Záver: Posturazový VAS Th chrbtice

Vypisujem žiadanku na MR Th chrbtice, analgetika p.p.

22.10.2024 09:52

MUDr. Tetyana Levchak A09156004



Pacient/ka / zákonný zástupca pacienta / iná osoba prehlasuje, že mu/jej bolo o skutočnostiach uvedených v tejto správe, ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom poskytnuté poučenie v zmysle §6 zák. 576/2004 Z.z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v platnom znení.

Prehlasujem, že poučeniu som v plnom rozsahu porozumel/a a potvrdzujem pravdivosť údajov poskytnutých v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a vopred informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Rozhodol/la som sa bez nátlaku s možnosťou položiť doplňujúce otázky a na základe poučenia a zváženia všetkých okolností som s poskytnutím zdravotnej starostlivosti vyslovil/a súhlas. Potvrdzujem, že som bol/a preukázateľne oboznámený/á o právach pacienta.

22.10.2024 09:52

Podpis pacienta (zákonného zástupcu)

Preklad z jazyka slovenského do jazyka ukrajinského

Логотип PentaHospitals АТ «Nemocnica Topoľčany», вул. Павлова 17, 95520 Топольчани
Амбулаторна спеціалізована медична допомога неврологічна амбулаторія,
Код надавача медичних послуг: P59688004201
«Гаряча лінія» Penta Hospitals SK (Словаччина), : 055/327 7777 E-mail:
info@pentahospitals.sk

Медикаментозна Персональний номер: Адреса: Р Медичне
страхування:

Суб'єкт: має погане самопочуття, біль в грудному відділі хребта, відчуття поколювання в цій ділянці, при русі біль посилюється.

Знімок грудної клітки у прямій передньозадній проекції:

Паренхіма легень без виражених вогнищевих уражень та інфільтративних змін. Тіні легеневої артерії не збільшені, видимість задовільна.

Діафрагма має двосторонню дугоподібну форму, кути вільні. Серцева тінь не збільшена. Захоплений скелет без явних патологічних змін.

Ребра з правого боку:

Виразених свіжих травматичних змін скелета не виявлено.

Грудний відділ хребта:

Виразених свіжих травматичних змін скелета не виявлено.

Незначне відхилення грудного відділу хребта вправо. Незначне зниження висоти тіл Th хребців на вершині кіфозу - ймовірно, в межах дегенеративних змін. Спондилолістез не виявлений. Міжхребцеві проміжки не звужені. Дрібні вентральні остеофіти Th5-10. Ніжки дуг хребців розбірливі.

Д-р. мед. наук Йозеф Гашпарек 27.08.2024 (Компоненти спільного дослідження та лікування радіології)

Об'єкт: висновок невролога

Висновок: посттравматичний вертеброгенний больовий синдром грудного відділу хребта

Виписано направлення на МРТ хребта, анальгетики за потребою Прямокутна печатка: АТ «Nemocnica Topoľčany»
P59688004201
доктор медицини
Тетяна Левчак
невролог
A09156004
підпис

22.10.2024 09:52

Д-р. медицини Тетяна Левчак A09156004

Пацієнт/законний представник пацієнта/інша особа підтверджує, що він/вона були поінформовані медичним працівником про відомості, викладені в цьому документі, відповідно до ст. 6 закону 576/2004 «Про надання медичної допомоги» в чинній редакції.

Повідомляю, що був/ла повністю проінформований/а та підтверджую достовірність наданих даних у зв'язку з наданням медичної допомоги. Своїм підписом я підтверджую, що мене заздалегідь поінформовано про мету, характер, наслідки та ризики надання медичної допомоги, про можливість вибору запропонованих процедур та про ризики відмови від надання медичної допомоги. Рішення я прийняв/ла без тиску, з можливістю поставити додаткові запитання, і на основі отриманої інформації та врахування всіх обставин дав/ла згоду на надання медичної допомоги. Я підтверджую, що я був/ла належним чином поінформований/на про права пацієнта.

22.10.2024

9:52

Підпис пацієнта (законного представника):