

**Приклад медичної довідки (на вимогу) для пацієнтів ЗПТ,
які виїжджають за кордон чи повертаються до України**

Medical certificate

Лікарська довідка

Prescribing doctor/Лікар-куратор

Last name/Прізвище

First name/Ім'я

Phone/Телефон

E-mail/Електронна пошта

Healthcare facility, city, region/Назва закладу, місто, область

Patient/Пацієнт

Last name/Прізвище

First name/Ім'я

Phone/Телефон

Prescribed drug/Призначене лікування

Trade name of drug/Торгова назва лікарського
засобу

International Nonproprietary Names/Міжнародне
непатентоване найменування

Start of treatment: date/Початок лікування: дата

Prescription form: liquid/tablets / Лікарська форма:
рідкі/таблетовані (підкреслити)

Prescribed daily dosage/Призначене добове
дозування

Conditions of drug intake: under administration/self-
administration / Умови прийому препарату:
в клініці/самостійний прийом (підкреслити)

<p>_____ Last date of visit to HCF/Дата останнього візиту в ЗОЗ</p> <p>_____ Number of daily take-home dosage/prescription / Кількість добових доз, виданих для самостійного прийому/виписаних за рецептом</p> <p>Result: negative/positive / Результат: негативний/позитивний (підкреслити)</p>	<p>_____ The last date for dispensing the take-home dose from the HCF/prescription / Остання дата видавання препарату для самостійного прийому із ЗОЗ/виписки рецепту</p> <p>_____ The last date of urine control/Остання дата уриноконтролю</p> <p>Detected substance: opiate, barbiturate, methamphetamine, amphetamine, benzodiazipine/Виявлена речовина: опіат, барбітурат, метамфетамін, амфетамін, бензодіазипін (підкреслити)</p>
<p>Other medical information/Інформація щодо супутніх діагнозів та лікування HIV/ВІЛ</p>	
<p>Diagnosis: YES/NO / Діагноз встановлено: ТАК/НІ (підкреслити)</p> <p>_____ Date of ART start/Дата початку АРТ</p> <p>_____ CD4/СД4</p> <p>_____ VL/ВН</p>	<p>_____ The last date of the HIV screening/Остання дата обстеження на ВІЛ</p> <p>_____ ART regimen/Схема АРТ</p> <p>_____ Date of CD4 count/Дата СД4</p> <p>_____ Date of VL/Дата ВН</p>
<p>НС/ВГ</p>	
<p>HCV testing: YES/NO / Чи було обстеження на ВГС: ТАК/НІ (підкреслити)</p>	<p>_____ The last date of the HCV screening/Остання дата обстеження на ВГС</p>

<p>_____ Method of HCV testing: HCV antibody/RNA HCV / Метод тестування на ВГ: визначення антитіл до ВГС/визначення РНК ВГС – ПЛР-діагностика (підкреслити)</p> <p>_____ Hepatitis C treatment regimen/Схема лікування від гепатиту С</p> <p>Treatment interruption: YES/NO / Чи було перервано курс лікування: ТАК/НІ (підкреслити)</p> <p>_____ The last date of the HBV screening/Остання дата обстеження на ВГВ</p> <p>_____ Hepatitis B treatment regimen/Схема лікування від гепатиту В</p>	<p>Result: positive/negative / Результат обстеження: позитивний/негативний (підкреслити)</p> <p>_____ Date of Hepatitis C treatment start/Дата початку лікування від гепатиту С</p> <p>HBV testing: YES/NO / Чи було обстеження на ВГВ: ТАК/НІ (підкреслити)</p> <p>Result: positive/negative / Результат обстеження: позитивний/негативний (підкреслити)</p> <p>_____ Date of Hepatitis B treatment start/Дата початку лікування від гепатиту В</p>
<p>ТВ/ТБ</p>	
<p>_____ Last date TB screening/Остання дата обстеження на ТБ</p> <p>_____ TB treatment regimen/Схема лікування від ТБ</p> <p>TB treatment interruption: YES/NO / Чи було перервано курс лікування: ТАК/НІ (підкреслити)</p>	<p>Result: positive/negative / Результат обстеження: позитивний/негативний (підкреслити)</p> <p>_____ Date of TB treatment start/Дата початку лікування від ТБ</p>
<p>Mental disorders/Інші психічні захворювання</p>	
<p>_____ Comorbid mental disorders (specify ICD-11 code)/Наявність супутніх психічних розладів (вказати код МКХ-11)</p>	<p>_____ Prescribed treatment/Призначене лікування/схеми лікування</p>

Additional information/Додаткова інформація

This medication the patient carries has been legally prescribed for medical treatment purposes.

Confiscating/not taking the medication leads to a life-threatening condition.

Препарати, зазначені в цій довідці, які пацієнт провозить з собою, виписані легально в медичних цілях. Вилучення або нерегулярний прийом призводять до наслідків, які загрожують здоров'ю.

Date/Дата

Stamp and signature of the physician/Печатка та підпис лікаря