

## Ковальчук Людмила Миколаївна

**Від:** Департамент охорони здоров'я  
**Надіслано:** 19 липня 2021 р. 12:31  
**Кому:** Ковальчук Людмила Миколаївна  
**Тема:** FW: Інформаційний запит - 345Лікування21

-----Original Message-----

From: Галина Сергіївна Щербата <foi+request-89684-d5d7b916@dostup.pravda.com.ua>  
Sent: Monday, July 19, 2021 12:17 PM  
To: Департамент охорони здоров'я <uoz@vmr.gov.ua>  
Subject: Інформаційний запит - 345Лікування21

Доброго дня!

Департамент охорони здоров'я ВМР (ДОЗВМР), Керівнику ДОЗВМР  
21100, м. Вінниця, вул. Соборна, 59, тел. 59-50-14, 35-00-74, e-mail: ShyshOV@vmr.gov.ua, uoz@vmr.gov.ua,

Центр первинної медико-санітарної допомоги №2 (ЦПМСД №2) Посадовим особам ЦПМСД №2:  
Кривов'яз Т.М.,  
Олевінська В.М.,  
Якубич С.Г.,  
Шевчук А.Р.

21050, м. Вінниця, вул. Першотравнева, 44 kz.cpmsd2@ukr.net, mc2a2@ukr.net, mc2\_ar@ukr.net

Щербата Галина Сергіївна, людина з інвалідністю 1А групи, пенсійне посвідчення №156758, видане 15.05.87  
Піщанським райсоцзабезом

21037, м. Вінниця, житло (квартира)

Прошу підтвердити отримання цього електронного листа за призначенням відповідно до приписів ст.7 Розділу III «Порядку роботи з електронними документами у діловодстві та їх підготовки до передавання на архівне зберігання», затвердженого Наказом Міністерства юстиції України від 11.11.2014 №1886/5.

Цей лист є зверненням з метою реалізації моїх прав людини.

Цей лист містить запити на доступ до офіційних документів=публічної інформації.

Цей лист містить запити на доступ до моїх персональних даних та їх захист.

Цей лист є заявою на отримання інформації, необхідної мені для реалізації моїх прав людини.

З 23.06.21 по 09.07.21 я проходила стаціонарне лікування в госпіталі ветеранів війни. Під час лікування я отримала обстеження, лікування та висновки вузьких фахівців.

Зокрема,

1. 24.06.21 я оглянута хірургом, який рекомендував мені для обробки пролежнів чемі-спрей та кадефорт 2р./день.
2. 25.06.21 я оглянута урологом, який рекомендував мені уретральний дренаж (встановлений 23.06.21) з заміною катетера кожних 2-3 тижні, нітроксолін по 2т. 4 р./день щоденно постійно.
3. 29.06.21 я оглянута ангіохірургом, який рекомендував мені детралекс 1000 1 таб./день, еластичну компресію лівої ноги, кардіомагніл 75 мг по 1 т. 1 р/д пожиттєво; 4. 30.06.21 я оглянута кардіологом, який рекомендував мені кораксан 75 мг по ½ т. 2р/день щоденно.

Лікуючий лікар госпіталю рекомендував мені після виписки:

Магнікор 75 мг на ніч

ВІННИЦЬКА МІСЬКА РАДА	
ВІДДІЛ ЗВЕРНЕНЬ	
(РЕЄСТРАЦІЯ ЗВЕРНЕНЬ ЮРИДИЧНИХ ТА ФІЗИЧНИХ ОСІБ)	
Дата	19.07.21
Індекс	Цз-01-106586

Еутірокс 225 мкг вранці за 30 хвилин до їжі Фолієва кислота 0.5 мг ввечері Торсид 10 мг вранці натще щоденно Спіронолактон 50 мг вранці натще щоденно Артихол по 1 т 3 р/д 1 місяць Тардіферон 1 т 2 р/д 2 місяці Пробіс 1 т 2 р/д 2 тижні Нітроксолін 2 т 4 р/д постійно.

Під час лікування в стаціонарі моє тіло постійно повертали троє медиків – двом було не під силу.

23.06.21 в госпіталі мені встановлений катетер для уретрального дренажу, який підлягає заміні кожних 3-4 тижні. Станом на сьогодні строк використання встановленого мені катетера сплив, і він має бути замінений на новий. Я прошу замінити 19.07.21 встановлений мені катетер на новий такого ж розміру.

15.07.21 судинний хірург ВОКЛП призначив мені детралекс 1000 1 таб./день, еластичну компресію обох нижніх кінцівок 2 класу, аспірин 75 мг щоденно.

Крім того, ще 09.06.21 я обстежена вдома лікарем-гематологом обласної клінічної лікарні ім. Пирогова Білошицькою Л.М., яка встановила мені діагноз В-12-дефіцитна анемія II ступеню і рекомендувала:

1. Дексаметазон 4мг (1 ампула) в/м 3 дні.
2. Вітамін В12 0,5% 2 мл в/м 2 тижні, потім по 1 мл в/м 2 тижні.
3. Фолієва кислота 5 мг 1 таб./день 3 місяці.
4. Етамзилат 2таб. 3 р./день – 7 днів.
5. Уролесан 1капс./день – 7-10 днів.
6. Біохімічні дослідження:
  - 6.1. Білірубін.
  - 6.2. Трансамілази.
  - 6.3. Сечовина.
  - 6.4. Креатинін.
  - 6.5. Сечова кислота.
  - 6.6. З/білок.
7. Консультація уролога та лікування пієлонефриту (цистити).
8. Контрольний аналіз крові гематологічний з тромбоцитами – через місяць.
9. Огляд гематологом – через місяць.
10. Нагляд сімейним лікарем.

Станом на сьогодні жодне з необхідних для подальшого лікування обстежень сімейна лікарня не зробила, курс лікування не провела. На даний час настав строк повторного огляду гематологом.

Також, хірург Савицький А.В. в консультативному висновку від 08.06.21 рекомендує мені:

1. Стаціонарне лікування.
2. Промивати рани розчином Хлоргексидин.
3. Припудрювати рани Банеоцином.
4. Фіксація ран гіпоалергічними серветками (Леопед).
5. Санація попрілостей.
6. Обробка попрілостей Бепантен.
7. Антипролежневий матрац.
8. Вологовбираючі пеленки.

Під час огляду 07.06.21 хірург Савицький А.В. рекомендував мені цілодобове перебування в памперсах.

Ендокринолог Трухачова А.О. 07.06.21 рекомендувала мені:

1. Лтироксин 225 мкг постійно.
2. Обстеження крові на ТТГ.
3. Обстеження крові на АТПО.
4. УЗД щитовидної залози.
5. Контроль глікемії в динаміці за допомогою глюкометра.

Протягом останні днів у мене різко загострився артроз обох плечових суглобів. Намагання зняти біль самотужки позитивного результату не надали. Біль нестерпний, не дає зробити жодного руху, не дає спати вночі. Прошу надати мені лікування та масаж хворих органів.

Про наведені факти я повідомляю владу як відповідальну за моє здоров'я та її довірену особу для вжиття негайних релевантних заходів ЗА ВЛАСНОЮ ІНІЦІАТИВОЮ.

Докази обстежень та рекомендацій лікарів я надаю в додатках за посиланнями:

- а) хірурга Шиндер А.В. – [https://drive.google.com/file/d/1HCOWC\\_Q7q6z3-BYuQvS9h3xuW4-Fg1-6/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1HCOWC_Q7q6z3-BYuQvS9h3xuW4-Fg1-6/view?usp=sharing);
- б) уролога Крот С.І. – <https://drive.google.com/file/d/1pKhFovjSMjvKzsf3LGiCZ6kzzVmaWqY4/view?usp=sharing>;

в) ангіохірурга Заремба О.В. – [https://drive.google.com/file/d/11pSP5wAwevC\\_a5JfamFjz9D9C-X1Nm1e/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/11pSP5wAwevC_a5JfamFjz9D9C-X1Nm1e/view?usp=sharing);

г) кардіолога Рандін А.Г. –

[https://drive.google.com/file/d/1qTsF\\_HGZfA2qP1vFsANOLYU2\\_n5CQ8c0/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1qTsF_HGZfA2qP1vFsANOLYU2_n5CQ8c0/view?usp=sharing);

д) лікуючого лікаря Лук'янова ОА. – <https://drive.google.com/file/d/1IXHiCB1KwHUFpQI9kSIIDLkd-ZpUAbN/view?usp=sharing>;

е) судинного хірурга Лонський К.Л. – [https://drive.google.com/file/d/1XRdGcO7PDa2\\_kC66FLam-0osJ9eEdo62/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1XRdGcO7PDa2_kC66FLam-0osJ9eEdo62/view?usp=sharing);

є) гематологом Білошицька Л.М. –

[https://drive.google.com/file/d/1Js1VO\\_l08WceeX5M2t2D7bCFWVUqVv7L/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1Js1VO_l08WceeX5M2t2D7bCFWVUqVv7L/view?usp=sharing);

ж) хірурга Савицький А.В. – <https://drive.google.com/file/d/12m6fvRrNK9oxotbia44O6jaTa-DWAcvZ/view?usp=sharing>;

з) ендокринолог Трухачова А.О. -

<https://drive.google.com/file/d/1Gn5s6CnhXvgQlkgZdbunaXoNenDXYbDK/view?usp=sharing>.

Прошу надати мені 19.07.21 як лежачому інваліду 1А групи повноаспектну медичну допомогу та медичну реабілітацію вдома за місцем мого проживання, а саме:

1. Оскільки я, за висновком МСЕК, потребую постійного догляду, прошу негайно організувати та забезпечити мені передбачені ІПР медичний догляд та медичний патронаж (повсякденну допомогу) за місцем проживання (вдома).

2. Прошу забезпечити «щогодинне повертання мого тіла медсестрою», як того вимагають клінічні протоколи МОЗ при лікуванні пролежнів. При цьому прошу врахувати, що, за законами України, граничні норми підняття важкостей жінками – 7-10 кг. Прошу забезпечити достатній персонал для повертання та підняття мого тіла вагою 165 кг.

3. Прошу забезпечити негайну заміну поставленого мені катетера уретрального на новий.

4. Прошу забезпечити промивання моїх ран розчином Хлоргексидин, застосовувати вологовбираючі пеленки, припудрювати рани Банеоцином, фіксувати рани гіпоалергічними серветками (Леопед), виконувати санацію попірлостей, обробку попірлостей Бепантеном, забезпечити моє цілодобове перебування в памперсах та їх заміну, еластичну компресію обох нижніх кінцівок 2 класу.

5. Прошу забезпечити мені ліки, ВМП та інші засоби відновного лікування а саме:

5.1. Чемі-спрей;

5.2. Кадефорт;

5.3. Еутирокс – 225 мкг щоденно постійно вранці за 30 хвилин до їжі; 5.4. Моксонідин – 0,6 мг щоденно постійно;

5.5. Метформін – 1,0 тис. щоденно постійно; 5.6. Нітроксолін 2 т 4 р/д щоденно постійно; 5.7. Дріптан або везикар

5 мг двічі на день щоденно постійно; 5.8. Детралекс 1000 1 таб./день або вазокет щоденно постійно; 5.9.

кардіомагніл 75 мг по 1 т. 1 р/д щоденно постійно; 5.10. кораксан 75 мг по 1/2 т. 2 р/д щоденно постійно; 5.11.

Торсид 10 мг вранці натще щоденно постійно; 5.12. Спіронолактон 50 мг вранці натще щоденно постійно; 5.13.

щоденні протягом місяця ін'єкції Вітамін В12 0,5% 2 мл в/м 2 тижні, потім по 1 мл в/м 2 тижні; 5.14. Фолієва

кислота 5 мг 1 таб./день ввечері 3 місяці; 5.15. Уролесан 1капс./день – 7-10 днів; 5.16. Артихол по 1 т 3 р/д 1

місяць 5.17. Тардіферон 1 т 2 р/д 2 місяці 5.18. Пробіс 1 т 2 р/д 2 тижні 5.19. Хлоргексидин, 5.20. Банеоцин-

порошок 5.21. Леопед 5.22. Бепантен 5.23. Памперси 5.24. Вологовбираючі пеленки 5.25. Компресійний

еластичний трикотаж для обох нижніх кінцівок 2 класу компресії.

5.26. Глюкометр.

5.27. Тонometr.

5.28. Слуховий апарат,

5.29. Оптичні окуляри 2-х видів.

5.30. Катетер.

Для цього прошу виписати мені 19.07.21 безоплатні рецепти на усі вказані рекомендовані лікарями засоби лікування в кількості на курс лікування (постійні – не менше ніж на 1 місяць).

5.31. Прошу забезпечити біохімічні дослідження:

5.31.1. Білірубін.

5.31.2. Трансамілази.

5.31.3. Сечовина.

5.31.4. Креатинін.

5.31.5. Сечова кислота.

5.31.6. З/білок.

6. Прошу виконати контрольний аналіз крові гематологічний з тромбоцитами.

7. Прошу видати електронне направлення та організувати і забезпечити повторний огляд мене гематологом вдома.

8. Прошу організувати та забезпечити мені обстеження крові на ТТГ, АТПО.

9. Прошу організувати та забезпечити виконання мені УЗД передньої стінки черевної порожнини – для з'ясування природи та характеристик чужорідного голкоподібного тіла, виявленого лікарем Савицьким А.В. в моєму животі.

10. Прошу негайно виправити неправильно виписаний рецепт на сібутин (або замінити на правильний), вказавши в ньому діючу речовину оксибутинін гідрохлориду.

11. Прошу негайно забезпечити мене слуховим апаратом, оптичними окулярами та масажем тіла.

12. Прошу внести усі надані мною обстеження до моєї електронної картки, оскільки вони до сьогодні не внесені.

13. Прошу – напевно, вже всьоме, роздрукувати належно засвідчити та надати мені в паперовому вигляді усі документи, внесені до моєї електронної медичної картки – на сьогодні пацієнту недоступні УСІ записи, а також надати мені паперові оригінали результатів медичних досліджень як офіційні документи=публічну інформацію та мої персональні дані.

14. Прошу повідомити мені, якому медичному закладу м. Вінниці делеговані владою повноваження із забезпечення надання МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ усім жителям вул. Пирогова в м. Вінниці з інвалідністю, включно мені, з повною оплатою за рахунок бюджетних коштів, за приписами права, тобто, безоплатно для інваліда, ЛІКІВ ТА ІНШИХ ЗАСОБІВ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ (за виключенням екстреної, первинної, вторинної, третинної, паліативної медичної допомоги).

14.1. Прошу надати повні назви усіх документів, якими вказані заклади уповноважені на надання запитаних послуг, їх реєстраційні номери та дати, джерела оприлюднення в інтернеті.

14.2. Прошу надати належно засвідчені електронні та паперові факсимільні копії (фотокопії з оригіналів) усіх документів, якими вказані заклади уповноважені на надання запитаних послуг.

14.3. Прошу надати повні назви усіх релевантних закладів, їх юридичні, фактичні та електронні адреси, телефони, ПІБ керівника.

15. Прошу повідомити мені, якому медичному закладу м. Вінниці делеговані владою повноваження із забезпечення надання МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ усім жителям вул. Пирогова в м. Вінниці з інвалідністю, включно мені, з повною оплатою за рахунок бюджетних коштів, за приписами права, тобто, безоплатно для інваліда, медичних послуг, включно УСІХ ВИДІВ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ (за виключенням екстреної, первинної, вторинної, третинної, паліативної медичної допомоги).

15.1. Прошу надати повні назви усіх документів, якими вказані заклади уповноважені на надання запитаних послуг, їх реєстраційні номери та дати, джерела оприлюднення в інтернеті.

15.2. Прошу надати належно засвідчені електронні та паперові факсимільні копії (фотокопії з оригіналів) усіх документів, якими вказані заклади уповноважені на надання запитаних послуг.

15.3. Прошу надати повні назви усіх релевантних закладів, їх юридичні, фактичні та електронні адреси, телефони, ПІБ керівника.

16. Прошу повідомити мені, якому медичному закладу м. Вінниці делеговані владою повноваження із забезпечення надання МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ усім жителям вул. Пирогова в м. Вінниці з інвалідністю, включно мені, з повною оплатою за рахунок бюджетних коштів, за приписами права, тобто, безоплатно для інваліда, ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ (за виключенням екстреної, первинної, вторинної, третинної, паліативної медичної допомоги).

16.1. Прошу надати повні назви усіх документів, якими вказані заклади уповноважені на надання запитаних послуг, їх реєстраційні номери та дати, джерела оприлюднення в інтернеті.

16.2. Прошу надати належно засвідчені електронні та паперові факсимільні копії (фотокопії з оригіналів) усіх документів, якими вказані заклади уповноважені на надання запитаних послуг.

16.3. Прошу надати повні назви усіх релевантних закладів, їх юридичні, фактичні та електронні адреси, телефони, ПІБ керівника.

17. Повідомити вхідний реєстраційний номер та дату вхідної реєстрації цього листа.

18. Прошу надати належно засвідчену паперову факсимільну копію (фотокопію з оригіналу) цього листа з реквізитами його вхідної реєстрації як публічну інформацію та мої персональні дані.

Я постійно звертаюся з вимогами про надання мені медичної допомоги та медичної реабілітації до ЦПМСД №2 як виконавцю делегованих повноважень влади із забезпечення мені як жителя підвідомчої території медичної допомоги та медичної реабілітації. Однак, мої звернення постійно ігноруються, запитана допомога не надається. Натомість, імітується її надання.

Звертаю увагу, що порушення прав людини з боку представника (повіреного), яким виступає ЦПМСД №2, створюють юридичні наслідки не лише для порушника, а і для довірителя – держави Україна, кінцевим релевантним органом якої щодо мене виступає ДОЗВМР та персонально його посадові особи.

Відповідь та запитану інформацію в оригіналах чи в паперових та електронних факсимільних копіях (фотокопіях з оригіналів), належно засвідчених відповідно до приписів ст.1 Указу Президії Верховної Ради СРСР від 4 серпня 1983 року №9779-Х „Про порядок видачі та засвідчення підприємствами, установами, організаціями копій документів, що стосуються прав громадян“, який діє в Україні відповідно до ст.3 Закону України „Про правонаступництво України“, пунктів 5.26, 5.27 ДСТУ 4163-2003, затвердженого наказом Держспоживстандарту України від 07.04.2003 № 55, прошу надати мені на домашню адресу та на електронну адресу, з якої отриманий цей лист. Я не даю згоди на використання будь-яких інших моїх контактних даних для мети комунікації за цим листом.

19.07.21

Підпис: Г.С. Щербата

З повагою,

Галина Сергіївна Щербата

---

Будь ласка, використовуйте цю електронну адресу для всіх відповідей на цей запит.  
foi+request-89684-d5d7b916@dostup.pravda.com.ua

Is uoz@vmr.gov.ua the wrong address for Freedom of Information requests to Департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради? If so, please contact us using this form:  
[https://dostup.pravda.com.ua/change\\_request/new?body=departament\\_okhoroni\\_zdorovia\\_vinnitskoyi\\_miskoyi\\_radi](https://dostup.pravda.com.ua/change_request/new?body=departament_okhoroni_zdorovia_vinnitskoyi_miskoyi_radi)

Увага! Це повідомлення та будь-яка відповідь на нього будуть опубліковані на сайті Доступу до Правди

---