REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor'sphone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530
http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg
novipazar@novipazar.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-10272
17.11. 2022 г.
П.К. 9900

ДО
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР. НОВИ ПАЗАР

ПРЕДЛОЖЕНИЕ
ОТ МИХАЙЛ МИХАЙЛОВ –
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ НОВИ ПАЗАР

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ на МАРГАРИТКА ВАСИЛЕВА,с.Жилино,обл.Шумен,у

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от **МАРГАРИТКА ВАСИЛЕВА,с.Жилино,обл.Шумен,**
регистрирано в общинска администрация с вх. №ДР-661/18.08.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ.

В заявлението е посочено,че г-жа Василева моли да и бъде отпусната еднократна финансова помощ за заплащане на извършена и животозастрашаваща операция, извършена в рамките на финансовата или 12-ти месец на предходната година, операция.

Отпускане на еднократна финансова помощ, се отпуска съгласно Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар.

След заседание на Постоянната комисия по здравеопазване и социални дейности, съгласно горепосочения Правилник и с оглед на подаденото заявление и приложените документи, става ясно, че заявителя е представил разходооправдателни документи за избор на екип и битово обслужване. Същевременно комисията констатира, че извършената и операция се покрива от НЗОК. В разпоредбата на чл.4,т.10 на Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар е предвидено да се отпускат еднократни финансови помощи за животоспасяващи операции,непокриващи се и нефинансирани от НЗОК,предвид на което няма

законово основание да бъде отпусната еднократна финансова помощ на лицето Маргаритка Засилева.

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

РЕШЕНИЕ:

На основание чл. 21, ал. 2 от ЗМСМА, във връзка с чл. 4,т.10 и чл.13 от Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар, Общински съвет Нови пазар,

РЕШИ:

1. Отказва отпускането на еднократна финансова помощ на **МАРГАРИТКА ВАСИЛЕВА, с. Жилино, обл. Шумен, ул.**

2. Възлага на кмета на Община Нови пазар на основание чл.13 от Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар ,да връчи настоящото решение на заявителя **МАРГАРИТКА ВАСИЛЕВА, с. Жилино, обл. Шумен,** законния и представител или упълномощено лице.

С уважение,
Михайл Михайлов
ПРЕДСЕДАТЕЛ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ НОВИ ПАЗАР

Мария Димитр
18.08.2

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс и дата	
-661/18.08.2022	
к за изпълнение	**Приложение №1**

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

Маргаритка Василева
(име, презиме и фамилия)

Постоянен адрес: гр./с. Жилино, **община** Нови пазар
Област ...
ул. ...
Настоящ ...№ ... т. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....
Област ..., **община** Нови пазар
ул. ...
телефон № ... бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

Данни на законния представител на кандидата:

Маргаритка Василева
(име, презиме и фамилия)

Постоянен адрес: гр./с. Жилино, **община** Нови пазар
Област ...
ул. ...
Настоящ .....№ , бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....
Област ..., **община** Нови пазар
ул. ...
..... № бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....
телефон за връзка: .....

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО КМЕТ,
Желая да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за:
(подчертава се вида на исканата еднократна помощ)

1. Пострадал от природни бедствия/пожари, наводнения, земетресения, урагани, мълнии и др. /с временно/ трайно нарушение на здравето/инвалидност над 90%.
2. Дете с тежки остри или хронични заболявания, лечението на което не се покрива на 100% от НЗОК.
3. Пострадал при злополука с временно или трайно нарушение на здравето.
4. Столетник.
5. Задоволяване на инцидентно, непредвидимо и извънредно възникнали здравни проблеми. *(ако разходите за лечението надвишава десетократния размер на минималната работна заплата за страната.)*
6. Закупуване на животоспасяващи и скъпоструващи медикаменти, невключени в актуалния позитивен лекарствен списък на НЗОК.
7. Диагностициране на редки заболявания, нефинансирани от НЗОК.
8. Еднократна помощ за животоспасяваща операция, извършена в рамките на финансовата или 12-ти месец на предходната година.

9. Покриване на разходите за специализиран транспорт на болно лице и придружителят му при извършване на животоспасяваща интервенция.
10. Възстановяване на щети от бедствия /природни явления, инциденти и аварии/.
11. За осигуряване на временен подслон.
12. Помощ при кандидатстване във ВУЗ.
13. Помощ за подготовка на абитуриентски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

I. Семейно положение:

Декларатор: ..Маргаритка..... .....Василева.....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:.. **Семейно положение:** ...омъжена.....

Съпруг/съпруга: ..Васил. Василев.....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:
Постоянен адрес: гр./с. ....Жилино....., **община** .....Нови пазар.....
Област [illegible]
ул. ..... **№** ..... **ет.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Насто[illegible] ..... **на** .....Нови пазар.....
Облас[illegible]
ул. ..... **№** ..... **ет.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телеф[illegible]

II. Социална група

Декларатор:		Съпруг (съпруга)	
☐ Работещ	☐ Безработен	☐ Работещ	☐ Безработен
☐ Осигурен	☐ Неосигурен	☐ Осигурен	☐ Неосигурен
☒ Пенсионер	☐ Учащ се	☒ Пенсионер	☐ Учащ се
☐ Друго.		☐ Друго.	

III. Здравословно състояние

Декларатор:		Съпруг (съпруга)	
☐ здрав	☐ с ЛКК	☐ здрав	☐ с ЛКК
☒ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%	☒ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%
☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%	☐ над 90% с ЧП	☒ от 50 до 69,99%
☒ от 70 до 89,99%		☐ от 70 до 89,99%	

IV. В състава на семейството ми има/няма членове на възраст до 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Посещава училище	Здравословно състояние:	
1.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ здрав ☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐ с ЛКК ☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
2.			☐ ДА	☐ здрав	☐ с ЛКК

			☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
3.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%

V. Декларирам, че ИМАМ/НЯМАМ деца, на възраст над 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VI. Декларирам, че съжителствам/ не съжителствам със следните лица:

(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				
3.				

VII. Лица, задължени по закон да осигуряват издръжка (на декларатора):

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VIII. Декларирам, че доходите на семейството ми/на съжителстващите с мен лица през предходните шест месеца са общо: ..5..г.208..... лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ..3..... Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

☒ собствено

☐ държавно/ведомствено

☐ общинско
☐ не притежавам

1. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) е единствено за семейството ми:
☒ **ДА** ☐ **НЕ**

2. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) не е застраховано в застрахователна институция и имам документ за собственост:
☒ **ДА** ☐ **НЕ**

X. Декларирам, че притежавам следната друга недвижима собственост и движима собственост:

.....
.....
.....
.....
.....

XI. Декларирам, че **съм/не съм** сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане. *(вярното се подчертава)*

XII. Декларирам, че съм/не съм получавал помощи на същото основание от друг орган или друга/и институция. (вярното се подчертава)

Съгласен/а съм Община Нови пазар да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с подадено Заявление-декларация за получаване на еднократна финансова помощ от бюджета на Община нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

При промяна на обстоятелствата и условията, при които подавам настоящето Заявление-декларация до датата на вземане на Решение от Общински съвет-Нови пазар, относно същото, се задължавам в три дневен срок да уведомя Община Нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

Прилагам следните документи:
1. Експертно решение от ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК/РЕЛК.: ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
2. Епикриза ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
3. Фактури за извършените разходи ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
4. Документи за дохода на членовете на семейството за предходните 6 месеца
☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
5. Разпореждане от НОИ за размера на отпусната/и пенсии ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
6. Декларация за доходите *(ако лицето работи)* ☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
7. Служебна бележка за регистрация в Дирекция „Бюро по труда".
☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

8. Удостоверение за родствени връзки, издадено не по-късно от шестмесечен срок преди датата на подаване на документите. ☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

9. Документ удостоверяващ наличие на бедствие, авария или пожар, удостоверено от надлежен орган (лице) ☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

10. Документ за собственост ☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

11. Други *(моля опишете)* .....

.....

Известно ми е, че за декларирани от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 18.08.2024

гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: ....

REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530
http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg
novipazar@novipazar.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/9553(
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /9552
+359 + 0537 /9552

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
към чл. 10, ал. 1, т. 1 от
Вътрешните правила за защита
на лични данни в Община Нови пазар

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ

Аз, долуподписан/ия/ата

.....Маргаритка ..... Василева

(име, фамилия , друга информация за идентификация)

с настоящото декларирам, че давам съгласието си Община Нови пазар

.....

(посочва се трета страна, обработващ при необходимост)

да обработва и съхранява моите лични данни, в качеството на администратор на лични данни за целите на административното обслужване, във връзка с :

.....

(изрично уточнявате целите, които се преследват с обработването на тези лични данни)

Съзнавам, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време.
Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми по-късно няма да засегне законосъобразността на обработването, основано на даденото сега съгласие.

Дата: 18.08.2022г. Декларатор

Получено от: .....на...../.....
(име, фамилия и подпис на длъжностното лице) *(дата)*

ПОЛИТИКАТА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ на Община Нови пазар е публикувана на интернет страницата на Община Нови пазар www.novipazar.acstre.com, както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар

Получател	Маргарита I Василева	**Издател**	Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда ЕАД
Адрес	Жилино,	Адрес	град София, бул. Никола Вапцаров 51Б
ИН/ЕГН		ИН/ЕГН	175077093
ИН по ДДС		ИН по ДДС	BG175077093
МОЛ		МОЛ	Венелина Атанасова

Фактура

№ 0290029948 от дата 09/08/2022 г.

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	Избор на екип: Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	бр.	1	500.00	500.00

ВСИЧКО (с думи): петстотин лв. и 0 ст.	Данъчна основа	**500.00**
	ДДС %	**0.00**
	Обща стойност	**500.00**

Основание за прилагане: чл. 39 ал. 1 от ЗДДС

Дата на данъчното събитие: **09/08/2022 г.**	**Начин на плащане:** **В брой**
Място на сделката: **София**	По IBAN
Пациент Маргарита Василева, ИЗ	BIC
ЕГН	При:
Получател:	Съставил: Симона Чолакова
Име Маргарит а Василева	
л. к. №	
Дата	
Подпис	Подпи

ОРИГИНАЛ

АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК
УМБАЛ ТОКУДА ЕАД
ЕИК:175077093
СОФИЯ бул.НИКОЛА ВАПЦАРОВ 51Б
РЕГИСТРАТУРА
СОФИЯ бул.НИКОЛА ВАПЦАРОВ 51Б
ЗДДС N BG175077093

1

УНП:00000000-0001-0000000

#Каса: 45
#Касиер: 4713 Симона Чолакова
#КО: 0290030228
#Маргарита Василева (ИЗ: 26672/2022)
#Избор на екип: Интервенционално лечение и свър#
#зани с нег
о диагностични катетеризации п
ри сърдечно-съдови заболявания 500.00 А
#Д-р Енил Белински
#
ОБЩА СУМА: 500.00
В БРОЙ ЛВ. 500.00
0025318
09-08-2022 1 артикул
11:15:57

ФИСКАЛЕН БОН
ED349478 ED349478
F2817AAF26B76E23E292
40128B21D94A09F4EC5A

Получател	Маргарита Василева	**Издател**	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК СЪРВИСИС ЕООД
Адрес	Жилино,	Адрес	бул. "Никола Вапцаров" 51Б
ИН/ЕГН		ИН/ЕГН	200697836
ИН по ДДС		ИН по ДДС	BG200697836
МОЛ		МОЛ	Венелина Атанасова

Фактура

№ 0100012456 от дата 09/08/2022 г.

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	Техническо и битово обслужване при високотехнологично оборудване	бр.	1	208.33	208.33

ВСИЧКО (с думи): двеста и петдесет лв. и 0 ст.

Данъчна основа	**208.33**
ДДС 20%	**41.67**
Обща стойност	**250.00**

Основание за прилагане:
Облагаеми сделки за страната с 20% ДДС

Дата на данъчното събитие: **09/08/2022 г.**
Място на сделката: **София**
Пациент Маргарита Василева
ЕГН
Получател:
Име Маргарита Василева
л. к. №
Дата

Подпис

Начин на плащане: **В брой**
По IBAN
BIC
При:
Съставил: Симона Чолакова

ОРИГИНАЛ

АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК СЪРВИСИС ЕООД
гр.СОФИЯ бул.НИКОЛА ВАПЦАРОВ 51Б
ЕИК:200697836
РЕГИСТРАТУРА
СОФИЯ бул.НИКОЛА ВАПЦАРОВ 51Б
ЗДДС N BG200697836

1 1

УНП:00000000-0001-0000000

#Каса: 45
#Касиер: 4713 Симона Чолакова
#КО: 0100012391
#Маргарита Василева
#Техн
ическо и битово обслужване при
високотехнологично оборудване 250.00 Б
ОБЩА СУМА: 250.00
В БРОЙ ЛВ. 250.00
0015190 1 артикул
09-08-2022 11:14:41

ФИСКАЛЕН БОН
ED348048 44348048
BA622486616E1BB540DEB
DFA7AAFEC112C76D9DC3

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-344
Дата: 17.08.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на ВАСИЛ ВАСИЛЕВ,
от С.ЖИЛИНО , в уверение на това, че същият за периода от м. март 2022 г. до м. август 2022 г. е получил следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
03.2022 г.	375.00	314.50	0.00	60.50
04.2022 г.	445.00	314.50	0.00	130.50
05.2022 г.	375.00	314.50	0.00	60.50
06.2022 г.	375.00	314.50	0.00	60.50
07.2022 г.	396.95	396.95	0.00	0.00
08.2022 г.	396.95	396.95	0.00	0.00

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА ГР. НОВИ ПАЗАР.

Началник на секто

МАРГАРИТА КОВАЧЕВА

/Съгласно Заповед № 1015-27-29/14.03.2022 г./

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-343
Дата: 17.08.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на МАРГАРИТКА ВАСИЛЕВА, ЕГН
от С.ЖИЛИНО в уверение на това, че същата за периода от м. март 2022 г. до м. август 2022 г. е получила следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
03.2022 г.	448.50	388.50	0.00	60.00
04.2022 г.	518.50	388.50	0.00	130.00
05.2022 г.	448.50	388.50	0.00	60.00
06.2022 г.	448.50	388.50	0.00	60.00
07.2022 г.	490.35	490.35	0.00	0.00
08.2022 г.	490.35	490.35	0.00	0.00

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА ГР. НОВИ ПАЗАР.

Началник на сектор:
МАРГАРИТА КОВАЧЕВА
/Съгласно Заповед № 1015-27-29/14.03.2022 г./

"МБАЛ Шумен" АД - гр. Шумен

наименование на лечебно заведение

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ № 0212 от 014 (зас. №) 110220 (ден, мес., год.)

2711

ТЕЛК за: ТЕЛК II състав към МБАЛ Шумен - гр. Нови Пазар

Председател: Д-Р С. ВЪЛКОВА

Членове: 1.Д-Р Д. ЧАКЪРОВ 2.Д-Р А. АЛЕКСИЕВ 3.Д-Р Г. ГЕОРГИЕВА

4. 5. 6.

1. На МАРГАРИТКА ВАСИЛЕВА ЕГН

име, презиме, фамилия

Лична карта № Издадена на т МВР ШУМЕН валидна до

2. Постоянен адрес: Обл.Шумен Общ.Нови пазар - с. Жилино ул.

обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх., ап., ет.

3. Настоящ адрес: Обл.Шумен Общ.Нови пазар - с. Жилино ул.

обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх., ап., ет.

4. Трудова заетост: не работи

1 работи – професия; 2 работи – пенсионер с лична пенсия за инвалидност; 3 не работи; 4 умрял; 5. с придобито право на пенсия за ОСВ; 6 работи – пенсионер с придобито право за пенсия за ОСВ;

6

5. Състояние до експертизата: 84% трайно намалена работоспособност

1 работоспособен; 2 временно неработоспособен; 3 временно неработоспособно лице с увреждане; 4 над 90% с чужда помощ; 5 над 90% без чужда помощ; 6 71%-90%; 7 50%-70%; 8 до 50%; 9 без % вид и степен на увреждане

2

6. Вид експертиза: преосвидетелстване

1 освидетелстване; 2 преосвидетелстване; 3 частична 4. консултация

2

7. Начин на вземане на решение: След преглед

1 по документи; 2 след преглед

1

8. Място на експертиза: ТЕЛК

1 ТЕЛК; 2 ДЕМ; 3 социално заведение 4 др

6

9. Оценка на работоспособността: 80% трайно намалена работоспособност

1 работоспособен; 2 временно неработоспособен; 3 временно неработоспособно лице с увреждане; 4 над 90% с чужда помощ; 5 над 90% без чужда помощ; 6 71%-90%; 7 50%-70%; 8 до 50%; 9 без % вид и степен на увреждане

Обжалвани болнични листове:

10. Срок на чуждата помощ: 000000 (ден, мес., год.)

11. Срок на определения % трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане 010223 (ден, мес., год.) за 3 години 3

1 г., 2 г., 3 г., 4 пожизнен

12. Инвалидност по причини:

	Общо заболяване	Трудова злополука	Професионално заболяване	Общо тр. злоп. и проф. забол.	Военна инвалидност	Гражданска инвалидност
% тр. н. раб.	80.0%	----	----	----	----	----
Дата инв.	04.07.2006	----	----		----	----

10000

13. Водеща диагноза: ИНСУЛИНОЗАВИСИМ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ С МНОЖЕСТВЕНИ УСЛОЖНЕНИЯ — E10.7

13.1. Общо заболяване: ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП II ИЗЧЕРПАНИ ИНСУЛИНОВИ РЕЗЕРВИ. ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ. ДИАБЕТНА АНГИОПАТИЯ. ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ. АНГИОСКЛ. РЕТИНЕ ХИПЕРТОНИКА ГР II. — E10.7

13.2. Трудова злополука:

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ
гр. Шумен
ВЛЯЗЛО В СИЛА
Дата: 11.03.2022г.
Подпис:

Допълнителен лист № 1 към ЕР № 212/11.02.2020 на МАРГАРИТКА ИВАНОВА ВАСИЛЕВА

13.3. Професионално заболяване:

14.Военна инвалидност:

15.Противопоказни условия на труд: Тежък физически труд.

Констатация от медицинските изследвания, представените документи и мотиви за експертното решение:

Преглед на 11.02.2020г.
ПМ: ОТС - 31 год. като шивач, ръчник, машинист, лепач, отнемач, санитар. По данни на лицето не работи; Образование - Средно спец.

МОТИВИ: ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП II ИЗЧЕРПАНИ ИНСУЛИНОВИ РЕЗЕРВИ /КЗП 14,1; 11,7; 9,4/. ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ /ЕМГ ОТ 13.01.2020Г./. ДИАБЕТНА АНГИОПАТИЯ /УЗД ОТ 13.01.2020Г./. ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ /К-Т ОТ ОФТАЛМОЛОГ КЪМ ТЕЛК ОТ 06.02.2020Г./ - НА ЛЕЧЕНИЕ С ИНСУЛИН ХУМАЛОГ МИКС 25% 26+14Е И ГЛЮКОФАЖ - /Е10.7/ - ПО Ч.9 Р.1 Т.2.3.3 - 80%;
0,9 ЗРИТЕЛНА ОСТРОТА НА ДЯСНОТО ОКО С КОРЕКЦИЯ И 1,0 НА ЛЯВОТО ОКО С КОРЕКЦИЯ ПРИ ПРОЯВЕНА ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ И ЗАПОЧНАТА ЛАЗЕР ТЕРАПИЯ - /Н36.0/ - НЕ СЛЕДВА % Т.Н.Р.;
РИСКА ОТ ВНЕЗАПНО ДОПЪЛНИТЕЛНО УВРЕЖДАНЕ НА ЦЕНТРАЛНОТО И ПЕРИФЕРНО ЗРЕНИЕ - /Н36.0/ - ПО Ч.5 Р.8 Т.4 - 20%.

ПРОЦЕНТ Т.Н.Р - 80% /по т. III на Методиката Приложение № 2 към чл.63 ал.3 от НМЕ/
СРОК НА ОПРЕДЕЛЕНИЯ % Т.Н.Р. - 3 ГОДИНИ.

ДИ: Установена.

АНАМНЕЗА: От 2000г. с установен Захарен диабет, по повод жажда, често уриниране, повишен апетит, обща слабост. В началото на лечение с диета и таблетки, а по-късно преминала на лечение с Инсулин. Установени усложнения от страна на кръвоносна, нервна системи и зрение. Започната лазер терапия след ФАГ. Леко намаление на зрението. Дядо с глаукома. Консултирана с офталмолог към ТЕЛК на 06.02.2020г. От години повишава РР до 180/100, съпроводено с главоболие, световъртеж, шум в ушите. Приема терапия. Не предоставя мед.документация от кардиолог - ТЕЛК не се произнася.

ОБЕКТИВНО. Жена на възраст отговаряща на действителната, в средно увр.общо с-ние, Р 162 см, Т 84 кг. ШЛВ и щит.жлеза б.о. Везикуларно дишане без хрипове. РСД, ФР 76, РР 140/80. Корем без органомегалия. Сук.рен./-/дв. Долни крайници с леко изразени отоци на подбедриците. Отслабени пулсации на аа дорзалис педис двустранно. Отслабени Ахилов и коленен рефлекс двустранно. Дистална хипестезия за долни крайници.

ОЧЕН СТАТУС: Предни очни сегменти - б.о. Роговици прозрачни.Тиндал /-/. Лещи - прозрачни. Очни дъна: папили - витални на нивото на ретините. Изразени артериолосклеротични промени. Тесни артериоли с усилен рефлекс и нагънат съдов ход. Неравномерно стеснен лумен. Gunne salus II ст. Множество микроаневризми в макулите, сухи ексудати, едем. Лазеркоагулати.
VOD=0.9c -0.5d.cyl. 95gr.; VOS=1.0c -0.5d.cyl. 85gr.; TOD=20; TOC=20
ФА - множество микроаневризми в макулите, назално от папилите и в средна периферия. Единични лазеркоагулати.

ПРИЛОЖЕНИЕ: Етапна епикриза от ОПЛ, Консулти от ендокринолог с КЗП, невролог с ЕМГ, съдов хирург с УЗД, офталмолог.

СВ/АД
ПОЛУЧИХ ЕР НА ТЕЛК НА: ... 20

ПОДПИС НА ЛИЦЕТО: .....

УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ:....

Председател
Членове:

Териториална експертна лекарска комисия „МБАЛ-ШУМЕН" АД II състав

Експертното решение може да се обжалва в 14-дневен срок от получаването му

ЕПИКРИЗА

окончателна

Клиника по съдова хирургия

Уважаеми колега, благодарим Ви за възможността да лекуваме
пациент **Маргарита** **Василева**
дата на раждане: ЕГН: пациентски №: 1364889
адрес: Жилино
постъпил(а) на: 09.08.2022 09:52 изписан(а) на: 12.08.2022 10:56 ИЗ №: 26672 КП №: 20.1 Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години

Окончателна диагноза: I70.2 Атеросклероза на артерии на крайниците,

Оперативна интервенция: Angioraphia extr. infer. Recan. et PTA AFS sin. cum InPact Admiral 4x80mm., Ranger 4x120mm., inPact Pacific 6x120mm. et Chocolate 5x120 mm на 10.08.2022г

Анамнеза: Снета по данни на пациента и медицинската документация. Постъпва за първи път в клиниката. Съобщава за тръпнене и труднозарастващи рани по ляво стъпало. Симптомите се появяват след травма на стъпалото и ампутация на 2-ри пръст поради почерняване. С предходно клаудикацио на 10-15м. по-изразено в ляво.

Причина за хоспитализация и настоящи оплаквания: исхемия на ляв долен крайник.

Минали и придружаващи заболявания: ИЗЗД тип 2 от 23г. АХ с не добър контрол.

С-е след ампутация н 2-ри пръст на ляв долен крайник през 06.2022г.

Прием на медикаменти: Цилостазол 100мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Глюкофаж 1000мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Тиоктацид 600мг х1т. р.о. 8ч; Ко-хипертоник 50/12,5мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Инс. НовоМикс 30 30Е-20Е с.к. 8-20ч;

Алергия: не съобщава; Рискови фактори: налични; Кървене: не съобщава;

Епидемиологична анамнеза: Не е ваксинирана за КОВИД-19

Контакт със заразно болни: не съобщава; Опаразитеност: не

Описание на извършените изследвания и/или консултации преди прием:Доплерсонография на артерии на долни крайници: РР а.тиб. ант.син.- 140 мм жив. РР а.тиб. пост. син. - 30 ммжив. РР а.тиб. ант. декстра - 120 мм жив. РР а.тиб. пост.декстра - 120 мм жив. РР а.брах. - 150 мм жив.

Обективен статус при приемането: Отслабен пулс на АФК утр и АП декс. Липсва пулс на АП син и дистално двустранно. Постампутационна рана на ляво стъпало с епителизация.

Лаборатория: Клинична лаборатория и имунология **Номер:** 104732 **От дата:** 09.08.2022 Левкоцити (WBC) - 6.67 10^9/l (3.5/10.5); Неутрофили (Neu) - 2.66 10^9/l (2.0/6.5); Лимфоцити (Lym) - 3.2 10^9/l (1.1/3.8); Моноцити (Mo) - 0.59 10^9/l (0.1/0.8); Еозинофили (Eo) - 0.16 10^9/l (0.0/0.5); Базофили (Ba) - 0.06 10^9/l (0.0/0.1); Неутрофили (Neu) % - 39.9 % (50/75); Лимфоцити (Lym) % - 48.0 % (20/48); Моноцити (Mo) % - 8.8 % (3/11); Еозинофили (Eo) % - 2.4 % (0/5); Базофили (Ba) % - 0.9 % (0/2); Еритроцити (RBC) - 3.74 10^12/l (3.5/5.5); Хемоглобин (HGB) - 111.0 g/l (120/165); Хематокрит (HCT) - 0.337 l/l (0.35/0.49); MCV - 90.1 fl (82/96); MCH - 29.7 pg (27/32); MCHC - 329.0 g/l (320/360); RDW - 13.4 % (11/16); Тромбоцити (PLT) - 381.0 10^9/l (140/490); MPV - 8.8 fl (7.0/12.0); Протромбиново време, INR - 1.15 INR (0.8/1.2); Протромбиново време, sec - 13.2 sec (10/14); APTT - 24.3 sec (22.1/28.1); APTT Ratio - 1.01 Index (0.90/1.15); Глюкоза - серум - 7.93 mmol/l (3.5/6.1); Креатинин - 53.6 µmol/l (49/90); eGFR - CKD EPI формула - 103 ml/min (60/120); Урея - 4.69 mmol/l (3.2/8.2); Пикочна киселина - 320.6 µmol/l (0/460); Общ белтък - серум - 76.2 g/l (57/82); Албумин - 47.1 g/l (32/48); Билирубин-общ - 18.3 µmol/l (5.0/21); Билирубин-директен - 3.8 µmol/l (0/5.0); Холестерол - 6.66 mmol/l (3.5/6.2); Триглицериди - 1.22 mmol/l (0.6/2.0); HDL - 1.23 mmol/l (1.04/2.15); LDL - 4.6 mmol/l (1.81/4.1); VLDL - 0.55 mmol/l (0/0.65); Общ\HDL холестерол (отношение) - 5.41 . (0/4); Non-HDL холестерол - 5.43 mmol/l (0/3.5); Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 13.0 U/l (0/34); Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 10.0 U/l (0/49); Гама глутамил трансфераза (GGT) - серум - 22.0 U/l (0/38); Алкална фосфатаза - 87.0 U/l (0/120); Лактат дехидрогеназа (LDH) - серум - 182.0 U/l (120/240); Креатинфосфокиназа - серум - 94.0 U/l (24/145); KK-MB - 1.51 ng/ml (0/5); Калий - 3.91 mmol/l (3.5/5.5); Натрий - 142.0 mmol/l (135/155); CRP - 0.94 mg/l (0/5.0); HBsAg - 0.18 Index (0/1); HBsAg Text - Nonreactive (/); Anti-HCV - 0.11 Index (0/0.8); Anti-HCV Text - Nonreactive (/); HIV 1/2 - 0.12 Index (0/1); HIV 1/2 Text - Nonreactive (/);
Лаборатория: Лаборатория по трансфузионна хематология **Номер:** 15095 **От дата:** 10.08.2022 Определяне на кръвна група по кръстосан метод - 0 (/); Определяне на Rh - (+)пол. (/);
ЕКГ: синусов ритъм

Консултативни прегледи:Анестезиолог

Терапевтична схема по време на престоя: Хранителен режим: Диета 9.

За хоспитализация и оперативно лечение по повод исхемия на ляв долен крайник.

Терапия: Лифурокс и.в. периоперативно; Фраксипарин 0,6мл периоперативно; Цилостазол 100мг 2х1т. р.о. 8-20ч;

Глюкофаж 1000мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Тиоктацид 600мг х1т. р.о. 8ч; Ко-хипертоник 50/12,5мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Инс. НовоМикс 30 30Е-20Е с.к. 8-20ч;

Заключение от етапна или предоперативна епикриза: предвид анамнестичните, клинични и образни данни на клинично обсъждане се реши, че пациентът е показан за оперативно лечение

Дата на оперативна интервенция с оперативна диагноза:

Операция № 902 / **Angioraphia extr. infer. Recan. et PTA AFS sin. cum InPact Admiral 4x80mm., Ranger 4x120mm., inPact Pacific 6x120mm. et Chocolate 5x120 mm** на 10.08.2022г. 09:15 г. Код МКБ 9 39.90 инсерция на некоронарен артериален стент(ове) без бавно излъчване на лекарствено вещество

Хирургичен екип: Д-р Александър Тихомиров Даскалов , Д-р Борис Николаев Илчев , Д-р Божидара Динкова Миткова

Анестезиолог: Д-р Благовест Петелов

Извадка от оперативен проткол – вид анестезия, находка, извършена интервенция:. Десен пункционен ретрограден феморален достъп вдясно. с катетър по водач се премина през бифуркацията на илиачните артерии. на контролна ангиография се видя тромбоза на АФС син. Направиха се множество опити за реканализация на АФС син. без успех. Премина се към антеграндна пункция на АП син. (П1 сегмент). Успешно се реканализира АФС син. и водачът влезе в дългото контралатерално дезиле. Последва ПТА на АФС син. както следва InPact Admiral 4x80mm., Ranger 4x120mm., inPact Pacific 6x120mm. et Chocolate 5x120 mm. На контролна ангиография отличен ангиографски резултат.

Използвани импланти:да

Постоперативен статус и ход на заболяването след операция: Гладък постоперативен период. Добро общо състояние. Стабилна хемодинамика. Ранна вертикализация и провеждана активна ЛФК. Афебрилен. Спокойно пункционно място.

Ход на заболяването: Обичаен ход.

Настъпили усложнения: Без настъпили усложнения.

Статус при изписване: Добро общо състояние.

Изход от заболяването: С подобрение. **Временна нетрудоспособност**: да

Оценка на риска при дехоспитализация: липсва медицински риск при изписване на пациента.

Препоръки за хигиенно-диетичен режим, медикаментозно домашно лечение и други указания за последващи действия:Дуоплавин 75/100 мг х1т .п.ос (18ч.) за 3 месеца, след което само Клопидогрел 75мг. х1т. п.ос (18ч.); Цилостазол 100мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Глюкофаж 1000мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Тиоктацид 600мг х1т. р.о. 8ч; Ко-хипертоник 50/12,5мг 2х1т. р.о. 8-20ч; Инс. НовоМикс 30 30Е-20Е с.к. 8-20ч;

Дадени препоръки за ХДР.

Препоръки към общопрактикуващия лекар на пациента: Активно проследяване на състоянието и възстановяването.

Опис на съпровождащите епикризата изследвания и документи: неприложимо Два броя епикризи.

Два контролни прегледи след изписването в рамките на 30 календарни дни:

Пациентът има право на два безплатни контролни прегледа, до един месец от датата на изписване. Първи контролен преглед - 14 дни след операцията (изписването). Втори контролен преглед - 28 дни след операцията (изписването). Контролните прегледи се извършват в работни дни от понеделник до четвъртък, след 13:00 часа до 14:30ч, в кабинет по Съдова хирургия ДКЦ Токда Болница - София. За предварително записване на час: тел.:+359 2 403 491[illegible] на Съдова хирургия.

гр. София дата: 12.08

Лекуващ лекар: ..... Началник отделение: ..

/Д-р [illegible] /Про[illegible]в/

Изготвил епикриза[illegible] Началник на клиника[illegible]

/П[illegible]

Телефон за връзка с отделението: 02-403-4702 от 8:00 ч. до 14:00 ч.

Спешно отделение – регистратура: 02-403-4112