

**В случае смерти
ребенка с ХПН**

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
Домашний адрес и телефон	
Диагноз основного заболевания	
Стадия ХПН	
Дата смерти	
Причина смерти	

Для больных, находящихся на диализе

Вид диализа: Гемодиализ/перитониальный диализ	
Длительность диализа	
Название учреждения, где ребенок получал лечение	

Для больных с почечным трансплантатом

Дата трансплантации	
Название учреждения, в котором произведена трансплантация	
Источник донорского органа (трупная или родственная почка)	
Обстоятельства развития нефропатии трансплантата	