

Анкета
На ребенка с ХПН, находящегося на диализе, которому ни разу не
пересаживалась донорская почка

Фамилия			
Имя			
Отчество			
Дата рождения			
Домашний адрес			
Домашний телефон			
Название и адрес медицинского учреждения , где находился ребенок, контактный телефон			
Дата и обстоятельства выявления заболевания			
Диагноз			
Если выполнялась биопсия, подробное описание морфологической картины			

Дата начала диализа			
Название и адрес диализного центра, Контактный телефон			
Вид диализа: гемодиализ/перитонеальный диализ			
Рост больного	см		
Вес больного	кг		
Протеинурия	г/сут		

Анкету предоставить по факсу: 268-28-26
 Контактный телефон: 268-53-68