

Анкета
На ребенка с ХПН, не нуждающегося в диализе

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

Данные на момент заполнения анкеты (дата)	
Креатинин крови	(указать единицы измерения)
Мочевина крови	(указать единицы измерения)
Протеинурия	г/сут
Рост (измеряется врачом или в его присутствии)	см
Вес (измеряется врачом или в его присутствии)	кг

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