

Анкета
На ребенка с ХПН, находящегося на диализе, которому в прошлом выполнялась пересадка почки

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			

Дата и количество трансплантаций			
Учреждения, в которых производились трансплантации			
Даты прекращения функции трансплантатов			
Источник донорского органа			
Применявшаяся иммуносупрессия			
Причины развития нефропатии трансплантата			
Рост больного			см
Вес больного			кг
Протеинурия			г/сут

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