

Анкета

На ребенка с ХПН, с функционирующим почечным аллотрансплантатом

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 трансплантации	
Учреждение, в котором была произведена трансплантация	
Источник донорского органа (трупная или донорская почка)	
Антилимфоцитарные препараты (АТГ, АЛГ, ОКТЗ)	
Данные на момент заполнения анкеты	
Креатинин крови	(указать единицы измерения)
Мочевина крови	(указать единицы измерения)
Протеинурия	(указать единицы измерения)
Рост (измеряется врачом или в его присутствии)	см
Вес (измеряется врачом или в его присутствии)	кг
Доза циклоспорина А	час приема , доза ,мг час приема , доза ,мг
Концентрация циклоспорина А – минимальная или другая (если другая, указать время взятия анализа)	нг/мл
Стероиды (Преднизолон, Преднизон, Метипред, нужное подчеркнуть):	доза
Азатиоприн (или Селлсепт): доза	
Артериальное давление	
Применяемые гипотензивные препараты с указанием дозы	

Анкету предоставить по факсу: 268-28-26

Контактный телефон: 268-53-68