

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, у сфері управління якого перебуває заклад _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 167-2/о Затверджено Наказ МОЗ, НАМН _____ № _____
Місцезнаходження _____ _____	
Код за ЄДРПОУ <u> I I I I I I I I I I </u>	

РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА
хворого з гострим пошкодженням нирок (ГПН) № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Стать: ч -1, ж - 2 3. Дата народження: _____ 4. Житель: міста - 1, села -2
(число, місяць, рік)

5. Місце проживання: область _____ район _____
місто (село) _____ вул. _____ буд. _____ кв. _____

6. Де встановлено діагноз _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

7. Діагноз _____ Код за МКХ -10 I I I I I I

8. Стадія важкості ГПН: I -1; II - 2; III - 3

9. Вага, кг _____; не визначалась – 0 10. Зріст, см _____; не визначався – 0

11. Максимальне значення креатиніну в крові (мкмоль/л): _____; не визначалось – 0

12. Максимальне значення сечовини в крові (ммоль/л): _____; не визначалось – 0

13. Мінімальний добовий діурез (мл/кг/год): _____; не визначався – 0

14. ГПН: олігоуричне – 1 ; неолігоуричне – 2

15. Етіологія ГПН: медикаментозна – 1; сепсис - 2; гіповолемія - 3; кардіоренальний синдром – 4; гепаторенальний синдром – 5; інтерстиціальний нефрит - 6; швидко прогресуючий гломерулонефрит – 7; обструкція сечових шляхів – 8; невідома - 9

16. Отримував лікування ДНЗТ: ні – 1, так – 2 17. Вид ДНЗТ: інтермітуюча – 1; гібридна – 2; тривала - 3

18. Методика ДНЗТ: ГД – 1; ГДФ – 2; ГФ – 3; ПАПД – 4; АПД – 5

19. Результат лікування: повне одужання – 1; часткове одужання – 2; ХХН-V ст. - 3; смерть у ВРІТ – 4; смерть госпітальна - 5; необхідне проведення ДНЗТ при виписці - 6

20. Показник eKt/v при лікуванні методом ГД: _____; не визначався – 0

21. Показник Kt/v при лікуванні методом ПД: _____; не визначався – 0

22. Останнє значення сечовини в крові (ммоль/л): _____; не визначалось – 0

23. Останнє значення креатиніну в крові (кмоль/л): _____; не визначалось – 0

24. Останнє значення добового діурезу (мл/кг/год) _____ 25. Тривалість госпіталізації (днів) _____

26. Прізвище, ім'я, по батькові лікаря-нефролога _____
(підпис)

Я, _____, надаю згоду на обробку моїх персональних даних _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (найменування закладу охорони здоров'я)
в обов'язку, визначеному даною реєстраційною картою
“ _____ ” 20 _____ року _____
(підпис)