



**Министерство  
здравоохранения Нижегородской области**

**П Р И К А З**

Включен в Реестр  
нормативных актов органов  
исполнительной власти  
Нижегородской области

22 ИЮН 2023

№ в реестре

23220-315-315-434/2317/сф

19.05.2023

315-434/23П/од

№ \_\_\_\_\_

г. Нижний Новгород

**Об организации медицинской помощи  
пациентам с хронической болезнью почек  
в Нижегородской области**

В целях совершенствования организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек (далее - ХБП),

п р и к а з ы в а ю

1. Утвердить:

1.1. Алгоритм направления пациентов, имеющих признаки ХБП, на консультацию к нефрологу, включение в реестр пациентов с ХБП, обследование и госпитализацию, в том числе пациентов, получающих заместительную почечную терапию согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Состав диализной комиссии согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Положение о диализной комиссии согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. Алгоритм направления пациентов с хронической болезнью почек на диализ согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Алгоритм направления пациентов для коррекции сосудистого доступа для заместительной почечной терапии согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6. Образец формы заявления пациента на включение в реестр пациентов с ХБП согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7. Образец формы заявления согласия пациента на заместительную почечную терапию согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.8. Образец формы заявления отказа пациента от заместительной почечной терапии согласно приложению 8 к настоящему приказу.

1.9. Образец формы заявления на проведение заместительной почечной терапии у детей согласно приложению 9 к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций Нижегородской области (далее - организации) обеспечить:

2.1. Направление пациентов с ХБП на консультацию к врачу-нефрологу в консультативные поликлиники нефрологических центров ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г.Нижнего

Новгорода», ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», дети до 18 лет с ХБП – ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу.

2.2. Направление пациентов, находящихся на этапе подготовки к заместительной почечной терапии, по решению диализной комиссии (далее – комиссии) на создание доступа и начало заместительной почечной терапии (далее – ЗПТ) в нефрологические центры ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г.Нижнего Новгорода», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13 Автозаводского района г.Нижнего Новгорода», ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» или ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», дети до 18 лет – ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница».

2.3. Направление пациентов, находящихся на амбулаторном диализе, при возникновении острой патологии, осложнений диализной терапии или декомпенсации сопутствующей патологии на госпитализацию, в профильные отделения медицинских организаций Нижегородской области при наличии возможности оказания заместительной почечной терапии, в том числе в условиях отделений и реанимациях интенсивной терапии.

2.4. Направление пациентов, находящихся на этапе подготовки к ЗПТ, а также получающих ЗПТ методом гемодиализа и имеющих признаки дисфункции сосудистого доступа, для проведения дополнительного обследования (ультразвуковое исследование сосудов, рентген-ангиохирургические исследования и т.д.) с учетом доступности в ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г.Нижнего Новгорода», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13 Автозаводского района г.Нижнего Новгорода», ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» или ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», дети с ХБП – в ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» в соответствии с алгоритмом направления пациентов для коррекции сосудистого доступа для ЗПТ, утвержденным настоящим приказом.

2.5. Диспансерное наблюдение пациентов с трансплантированной почкой врачом-нефрологом и трансплантологом на базе ФБУЗ «ПОМЦ ФМБА России», дети до 18 лет с трансплантированной почкой наблюдаются у врача-нефролога ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница».

2.6. Согласование тактики ведения пациентов с трансплантированной почкой при госпитализации в медицинские организации Нижегородской области, при возникновении отторжения или других показаний с руководителем (специалистом) отделения трансплантации органов ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России».

2.7. Согласование тактики ведения детей с трансплантированной почкой со специалистами трансплантологами Российской детской клинической больницы ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России или

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России.

3. Главным врачам медицинских организаций Нижегородской области: ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г.Нижний Новгород», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13 Автозаводского района г.Нижний Новгород», ГБУЗ НО «Выксунская центральная районная больница», ГБУЗ НО «Центральная городская больница» г. Арзамас, ГБУЗ НО «Больница скорой медицинской помощи» г. Дзержинска и ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко», ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» организовать прием пациентов с ХБП на лечение в соответствии с Алгоритмом направления пациентов с хронической болезнью почек на диализ, утвержденным настоящим приказом.

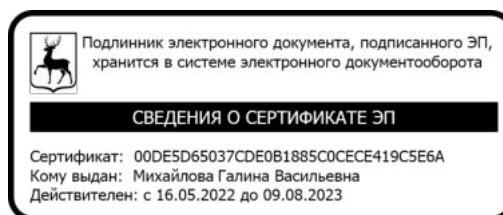
4. Рекомендуем главным врачам ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», ФГБУЗ «Клиническая больница №50 ФМБА России г. Саров» организовать прием пациентов с ХБП на лечение в соответствии с Алгоритмом направления пациентов с хронической болезнью почек на диализ, утвержденным настоящим приказом.

5. Главному внештатному специалисту нефрологу министерства здравоохранения Нижегородской области Соловьяновой Е.Н., главному внештатному специалисту по диализу министерства здравоохранения Нижегородской области Линевой Н.Ю. обеспечить контроль за соблюдением алгоритма направления и обследования пациентов для включения в реестр ХБП и начала заместительной почечной терапии.

6. Признать утратившими силу приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 22 февраля 2018 г. № 82 «О мерах по улучшению качества медицинской помощи больным хронической болезнью почек».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Нижегородской области Коваленко Т.Н.

И.о.министра



Г.В.Михайлова

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Нижегородской области  
от 19.05.2023 № 315-434/23П/од

**Алгоритм направления пациентов, имеющих признаки ХБП, на консультацию к нефрологу, включение в реестр ХБП, обследование и госпитализацию, в том числе пациентов, получающих заместительную почечную терапию**

1. На консультацию к нефрологу направляются пациенты с диагнозами:

- острый гломерулонефрит или острый тубулоинтерстициальный нефрит (наблюдение в течение 3-х лет после выписки из стационара);
- хронический гломерулонефрит;
- хронический тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит;
- мочекаменная болезнь;
- сахарный диабет при снижении СКФ (далее - СКФ) меньше 60 мл/мин;
- ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, сердечная недостаточность при снижении СКФ меньше 60 мл/мин;
- подагра;
- поликистоз почек;
- врожденные аномалии развития мочевых путей;
- острое повреждение почек любой этиологии (в течение трех лет после выписки их из стационара);
- диффузные болезни соединительной ткани, системные васкулиты;
- сосудистая патология (в т.ч. стеноз почечной артерии);
- патология беременности (в т.ч. протеинурия, мочевого синдром, гестоз, инфекция мочевых путей, пиелонефрит).

2. Пациентам старше 45 лет, обратившимся за медицинской помощью или консультацией к врачу-терапевту участковому, специалисту определенного профиля, врачу общей практики (семейному врачу) или в кабинет медицинской профилактики, рекомендуется проводить оценку риска нефрологических заболеваний и ХБП.

3. При выявлении у пациентов повышенного уровня креатинина в двух последовательных исследованиях крови выше 150 мкмоль/л у мужчин и выше 120 мкмоль/л у женщин, или при снижении СКФ ниже 60 мл/мин, независимо от того, имеются ли другие проявления почечной патологии, обязательным является направление на консультацию к нефрологу.

Жители г.Нижнего Новгорода с признаками ХБП направляются на консультацию к врачу-нефрологу ГБУЗ НО «Городская больница № 33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода» (г.Нижний Новгород, пр.Ленина, 54, тел. 258-25-74, 89519106926) или в ГБУЗ НО «Клинический

диагностический центр». (г. Нижний Новгород, ул. Решетниковская, 2, тел. 8 (831) 218-17-16).

Жители Нижегородской области с признаками ХБП направляются в областную консультативную поликлинику ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им.Н.А.Семашко» (г.Н.Новгород, ул. Родионова, д. 190, кабинет 30 поликлиники, тел. 438-90-10) или в ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр». (г. Нижний Новгород, ул. Решетниковская, 2, тел. 8 (831) 218-17-16).

Дети с признаками ХБП жители г.Нижнего Новгорода и Нижегородской области направляются в Консультативно-диагностический центр ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» на консультацию к детскому врачу-нефрологу. (г. Нижний Новгород, ул. Ванеева д.211).

Для проведения консультации пациенту с ХБП необходимо иметь:

- выписку из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного (форма 027у) из медицинской организации по месту прикрепления;
- паспорт, полис обязательного медицинского страхования, пенсионное страховое свидетельство; для детей до 14 лет – свидетельство о рождении;
- результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ, показатели мочевины и креатинина крови, с определением скорости клубочковой фильтрации расчетным способом или по номограмме, ФЛГ органов грудной клетки, УЗИ почек (давностью не более 3 месяцев).

4. Врачи-нефрологи консультативной поликлиники ГБУЗ НО «Городская больница № 33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода» и ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко», а также ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», детский врач-нефролог Консультативно-диагностического центра ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» ведут прием пациентов с ХБП, определяют объем консервативной терапии, периодичность врачебных осмотров и направляют медицинские документы пациентов для рассмотрения диализной комиссией и внесения в реестр пациентов с ХБП.

5. Пациенты с ХБП на приеме у врача-нефролога оформляют заявление на включение в реестр ХБП в соответствии с образцом формы заявления, утвержденным настоящим приказом.

6. Решение о включение пациента в реестр ХБП принимает диализная комиссия Нижегородской области на основании рассмотренных медицинских документов (заявление пациента, заключение нефролога и/или выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента (форма 027/у) из медицинской организации Нижегородской области по месту прикрепления). Реестр детского населения с ХБП ведется в ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» главным внештатным детским врачом-нефрологом МЗ НО.

Решение о включении детей с ХБП в реестр принимается комиссией ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» на основе перечисленных документов.

7. Амбулаторным пациентам, находящимся на ЗПТ, проводятся обследования в соответствии с рекомендациями специалистов отделений (центров) диализа в медицинских организациях по месту прикрепления.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Нижегородской области  
от 19.05.2025 № 315-434/23П/од

**Состав диализной комиссии**

№	ФИО	Должность	Дублер	Должность
1.	Егорова Т.В.	председатель диализной комиссии, начальник отдела медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохранения Нижегородской области	Н.К. Першина	заместитель председателя диализной комиссии, заместитель начальника отдела медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохранения Нижегородской области
3.	Захарова М.А.	главный специалист отдела медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохранения Нижегородской области	Гусаров Д.Д.	главный специалист отдела медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохранения Нижегородской области
4.	Линева Н.Ю.	главный внештатный специалист по диализу министерства здравоохранения Нижегородской области, заведующая отделением диализа и гравитационной хирургии крови ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» (секретарь)	Емельянова О.А.	врач отделения диализа и гравитационной хирургии крови ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»
5.	Соловьянова Е.Н.	главный внештатный нефролог министерства здравоохранения	Бердникова Л.В.	врач-нефролог пульмонефрологического отделения ГБУЗ НО «Нижегородская

		Нижегородской области		областная клиническая больница им. Н.А.Семашко»
6.	Никитин С.В.	заведующий отделением амбулаторного диализа ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода»	Аникин В.И.	врач отделения амбулаторного диализа ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода»
7	Горшененко В.А.	заведующий отделением гравитационной хирургии крови и гемодиализа ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»	Шевченко О.А.	Врач отделения гравитационной хирургии крови и гемодиализа ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»
8	Хомов А.Е.	генеральный директор амбулаторного диализного центра ООО «Нефролайн НН» (по согласованию)	Малышева А.В.	главный врач амбулаторного диализного центра ООО «Нефролайн НН» (по согласованию)
9	Лобанова Н.А.	главный врач филиала «Фесфарм – НН» ООО «Компания Фесфарм" (по согласованию)	Юрченко М.Л.	заведующая отделением филиала «Фесфарм НН» ООО «Компания Фесфарм» (по согласованию)

## Положение о диализной комиссии

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Диализная комиссия (далее - комиссия) создается с целью оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек (далее - ХБП).

1.2. Состав комиссии утверждается приказом министра здравоохранения Нижегородской области.

### 2. ЗАДАЧИ КОМИССИИ

2.1. Формирование реестра пациентов с ХБП, проживающих в Нижегородской области на основании рассмотренных медицинских документов (заявления пациента, заключения нефролога и/или выписки из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента (форма 027у)).

2.2. Контроль за оказанием медицинской помощи пациентам с ХБП, в том числе за лечением методами диализа.

2.3. Формирование и направление на рассмотрение предложений по развитию нефрологической службы в регионе.

### 3. ФУНКЦИИ КОМИССИИ

3.1. Рассмотрение медицинских документов пациентов с ХБП для определения показаний к лечению методами диализа, сроков создания сосудистого или перитонеального доступа и медицинской организации, на базе которой будет осуществляться лечение.

3.2. Направление пациентов на лечение диализом в отделения (центры) диализа осуществляется на основании:

- информации о наличии вакантных диализных мест;
- сроков рассмотрения документов на диализной комиссии;
- принципа территориальной принадлежности;
- права пациента на выбор медицинской организации.

### 4. ПОРЯДОК РАБОТЫ КОМИССИИ

4.1. Заседания комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц. Дата, время и место, форма (очная или посредством телекоммуникаций) проведения заседания определяется председателем.

Комиссия является правомочной принимать решения, если в ней принимают участие члены комиссии, которые составляют не менее пятидесяти процентов от общего числа членов комиссии, или их дублеры.

4.2. Решения комиссии принимаются путем голосования простым большинством голосов и отражаются в протоколе заседания комиссии.

По результатам голосования комиссией принимаются следующие виды решений:

- 1) включение пациента в реестр ХБП;
- 2) отказ от включения в реестр ХБП;
- 3) направление пациентов с ХБП на лечение диализом в отделения (центры) диализа;
- 4) отказ в направлении пациентов с ХБП на лечение диализом в отделения (центры) диализа.
- 5) дообследование и иные поводы.

4.3. Заседания комиссии протоколируются, протоколы подписываются председателем, секретарем и всеми присутствующими членами комиссии.

4.4. Выписку из протокола диализной комиссии имеет право подписи председатель, заместитель председателя или секретарь диализной комиссии.

4.5. Отчетной документацией комиссии являются:

- 1) протоколы заседаний комиссии;
- 2) выписки из протокола диализной комиссии.

4.6. Срок хранения отчетной документации составляет 5 лет.

4.7. Протоколы готовятся в течение 3 дней после проведения комиссии и направляются в адрес министерства здравоохранения Нижегородской области.

4.8. Выписка из протокола диализной комиссии в течение 3 дней направляется в ТФОМС по Нижегородской области и медицинские организации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Нижегородской области  
от 19.05.2023 № 315-434/23П/од

**Алгоритм направления пациентов с хронической  
болезнью почек на диализ**

1. Направление медицинских документов пациентов с ХБП, состоящих в реестре ХБП, проживающих в г. Нижнем Новгороде, нуждающихся в заместительной почечной терапии (скорость клубочковой фильтрации (далее – СКФ) ниже 15 мл/мин) на диализную комиссию осуществляет врач-нефролог ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода».

Направление медицинских документов пациентов с ХБП, состоящих в реестре, проживающих в Нижегородской области, нуждающихся в заместительной почечной терапии (СКФ ниже 15 мл/мин), на диализную комиссию осуществляет врач-нефролог консультативной поликлиники ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им.Н.А.Семашко» или врач-нефролог в ГБУЗ НО Клинический диагностический центр.

Дети до 18 лет с ХБП, проживающие в г. Нижний Новгород и Нижегородской области, нуждающиеся в ЗПТ направляются на комиссию в ГБУЗ НО «Нижегородскую детскую клиническую больницу» (далее - «НОДКБ»). Комиссия ГБУЗ НО «НОДКБ» принимает решение и дает заключение о необходимости проведения, вида ЗПТ данному ребенку. Свое заключение комиссия «НОДКБ» направляет для утверждения в диализную комиссию министерства здравоохранения Нижегородской области.

Медицинскими документами пациентов, которые врачи-нефрологи направляют на диализную комиссию, являются:

- 1.1 Консультативное заключение нефролога.
- 1.2. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента (форма 027у) содержащая данные анамнеза заболевания и результаты следующих исследований:
  - креатинин крови;
  - скорость клубочковой фильтрации;
  - мочевина крови, сахар, билирубин;
  - общий анализ крови;
  - кровь на HBsAg, HCV, RW, ВИЧ;
  - общий анализ мочи;
  - УЗИ органов брюшной полости и органов забрюшинного пространства;
  - ЭКГ;

- ЭХО-КС;
- ФЛГ или рентгенография органов грудной клетки;
- ФГДС (по показаниям)
- сведения о вакцинации от гепатита (вакцинация от гепатита В является обязательной при направлении пациента на лечение методом диализа).

1.3. Заявление о согласии пациента на заместительную почечную терапию, оформляется в соответствии с формой заявления согласия пациента на заместительную почечную терапию, утвержденной настоящим приказом. В случае отказа от заместительной почечной терапии, больной оформляет заявление об отказе в соответствии с формой заявления отказа больного от заместительной почечной терапии, утвержденной настоящим приказом.

Детям до 15 лет на проведение ЗПТ требуется письменное согласие законного представителя (родители или опекуны), оформленное в соответствии с формой, утвержденной настоящим приказом.

2. В случае, когда пациент с ХБП, нуждающийся в подготовке или начале заместительной почечной терапии, ранее не наблюдался врачом-нефрологом и находится на стационарном лечении в медицинской организации Нижегородской области, направлением на диализную комиссию является выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента (форма 027у), которая оформляется в медицинской организации, где находится пациент, и направляется секретарю диализной комиссии.

3. При самостоятельном обращении к нефрологу пациента с ХБП, нуждающегося в экстренной госпитализации и начале заместительной почечной терапии, при отсутствии у него выписки из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента (форма 027у) и результатов вышеуказанных исследований, необходимое дообследование осуществляется в условиях стационара с возможностью проведения заместительной почечной терапии по территориальному принципу.

4. Диализная комиссия на основании представленных медицинских документов и заявления пациента принимает решение о наличии показаний к лечению методами диализа, формировании доступа для диализа и медицинских организациях, где будет осуществляться лечение. Решение диализной комиссии оформляется протоколом.

5. На основании решения диализной комиссии (протокола) секретарь готовит направление в медицинскую организацию для формирования доступа и в отделение (центр) диализа.

6. Подтверждающим документом для приема больных на амбулаторное лечение методами заместительной почечной терапии для медицинских организаций Нижегородской области, работающих в системе ОМС, является направление диализной комиссии.

**Алгоритм направления пациентов для коррекции  
сосудистого доступа для заместительной почечной терапии  
методом программного гемодиализа.**

1. Настоящий алгоритм устанавливает правила организации и оказания медицинской помощи пациентам, находящимся на этапе подготовки к ЗПТ, а также получающим ЗПТ методом гемодиализа и имеющим постоянный сосудистый доступ (далее – ПСД) в виде артериовенозного шунта (артериовенозная фистула, синтетический сосудистый протез), перманентного центрального венозного катетера (далее – ЦВК) для проведения заместительной почечной терапии методом программного гемодиализа, находящихся на амбулаторном лечении в отделениях (центрах) гемодиализа.

2. Медицинская помощь оказывается пациентам, имеющим признаки дисфункции постоянного сосудистого доступа, вследствие:

- 1) стеноза артерий и вен,
- 2) тромбоза, артерий и вен, перманентных катетеров,
- 3) аневризм, псевдоаневризм артериовенозного шунта,
- 4) прочие

3. В случае выявления признаков дисфункции ПСД при проведении сеансов заместительной почечной терапии методом программного гемодиализа пациент направляется в медицинскую организацию, специализирующуюся на формировании ПСД для гемодиализа (ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г.Нижнего Новгорода», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13 Автозаводского района г.Нижнего Новгорода», ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»).

При направлении в медицинскую организацию необходимо представить выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента (форма 027/у) с указанием подробных анамнестических данных (касательно сосудистого доступа).

4. В медицинской организации, специализирующейся на формировании ПСД для гемодиализа проводятся консультации и дополнительное обследование:

- 1) дуплексное, триплексное сканирование артерий и вен верхних и нижних конечностей,
- 2) ЭхоКС (по показаниям),
- 3) консультация врача-хирурга (по показаниям),

- 4) консультация врача-кардиолога (по показаниям),
- 5) консультация врача-нефролога (по показаниям),
- 6) консультация врача анестезиолога-реаниматолога (по показаниям).

5. Для оперативного лечения пациент направляется на плановую госпитализацию в медицинскую организацию, специализирующуюся на формировании ПСД для гемодиализа.

6. После выполнения оперативного лечения пациенту выдается выписной эпикриз с указанием в нем рекомендаций по дальнейшей тактике ведения на амбулаторном этапе лечения в условиях отделения (центра) диализа, к которому пациент прикреплен согласно решению диализной комиссии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Нижегородской области  
от 19.05.2023 № 315-434/23П/од

**Образец формы заявления пациента на включение  
в реестр больных ХБП**

Председателю диализной комиссии  
от (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

адрес места регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес места жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

контактные телефоны \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу рассмотреть мои медицинские документы и внести меня в реестр пациентов с ХБП (хронической болезнью почек). Я информирован(а) о необходимости регулярного врачебного наблюдения, проведения лабораторных и инструментальных исследований, выполнения врачебных назначений на додиализном этапе лечения. Я также информирован(а) о методах заместительной почечной терапии и их возможных осложнениях.

Подпись,  
дата.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к приказу министерства  
здравоохранения  
Нижегородской области

от \_\_\_\_\_  
19.05.2023 № \_\_\_\_\_ 315-434/23П/од

**Образец формы заявления согласия пациента  
на заместительную почечную терапию**

Председателю диализной комиссии  
от (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

адрес места регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес места жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

контактные телефоны \_\_\_\_\_

Заявление

Я информирован(а) о медицинских показаниях и необходимости проведения мне заместительной почечной терапии, о методах и подготовке к заместительной почечной терапии.

Я уведомлен(а) о том, что для программного гемодиализа необходим регулярный приезд в центр диализа не реже 3 раз в неделю, а для амбулаторного перитонеального диализа - не реже 1 раза в месяц.

Я также информирован(а) о том, что в случае нарушения врачебных предписаний и регулярности проведения сеансов гемодиализа и перитонеальных обменов возникнут серьезные осложнения или смерть.

Я согласен (на) на заместительную почечную терапию и обязуюсь выполнять все врачебные рекомендации.

Прочее:

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

Подпись,  
дата.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Нижегородской области  
от 19.05.2023 № 315-434/23П/од

**Образец формы заявления отказа пациента  
от заместительной почечной терапии.**

Председателю диализной комиссии  
от (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

адрес места регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес места жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

контактные телефоны \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заявление

Я информирован(а) о медицинских показаниях и необходимости проведения мне заместительной почечной терапии, о методах заместительной почечной терапии.

Я уведомлен(а) о том, что для программного гемодиализа необходим регулярный приезд в центр диализа не реже 3 раз в неделю, а для амбулаторного перитонеального диализа - не реже 1 раза в месяц.

Я также информирован(а) о том, что в случае нарушения врачебных предписаний и регулярности проведения сеансов гемодиализа и перитонеальных обменов возникнут серьезные осложнения или смерть. Я информирован(а) о последствиях отказа от заместительной почечной терапии.

Несмотря на это, я отказываюсь от заместительной почечной терапии в связи с

\_\_\_\_\_  
(указать причину)

Подпись  
Дата

ПРИЛОЖЕНИЕ 9  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Нижегородской области  
от 19.05.2023 № 315-434/23П/од

ОГХК и ГД

ГБУЗ НО «НОДКБ»

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ  
ТЕРАПИИ у детей

Я,

(Ф. И. О.)(отношение к ребёнку /мать, отец, др. родственники/ )

Я информирован(а) о медицинских показаниях и необходимости проведения моему ребёнку ( мне) заместительной почечной терапии, о методах и подготовке к заместительной почечной терапии.

Я уведомлен(а) о том, что для программного гемодиализа необходим регулярный проезд в центр диализа не реже 3 раз в неделю, а для амбулаторного перитонеального диализа - не реже 1 раза в месяц.

Я также информирован(а) о том, что в случае нарушения врачебных предписаний и регулярности проведения сеансов гемодиализа и перитонеальных обменов возникнут серьезные осложнения или смерть.

Я согласен (на) на заместительную почечную терапию и обязуюсь выполнять все врачебные рекомендации.

Я поставлен(а) в известность о возможном наличии осложнений, ухудшении самочувствия, в ходе операции гемодиализа, послеоперационном периоде, о том, что операция сопряжена с риском потери крови и даже неблагоприятного исхода.

Я знаю, что обязан(а) поставить в известность врача о нарушениях в режиме и диете, индивидуальной непереносимости лекарств, самовольном приёме каких-либо лекарственных препаратов, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Подпись больного или родителей (опекуна)

\_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Зав. отд. \_\_\_\_\_

леч. врач \_\_\_\_\_