

ПРИКАЗ

13.08.2002

Москва

№ 254

О совершенствовании организации
оказания диализной
помощи населению
Российской Федерации

Диализ является основным методом заместительного лечения почечной недостаточности, обеспечивающим спасение жизни больных и значительное увеличение ее продолжительности и повышение качества. Широкое внедрение диализа в практическое здравоохранение Российской Федерации является одной из важных задач оказания специализированной медицинской помощи.

Министерством здравоохранения Российской Федерации и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации за последнее десятилетие проводилась работа по улучшению диализной помощи. В большинстве территорий организованы отделения гемодиализа, и количество последних ежегодно увеличивается. В ряде субъектов Российской Федерации созданы и функционируют новые формы организации диализной помощи - Центры амбулаторного диализа. Внедрен в практику здравоохранения перитонеальный диализ. Возросло качество диализной помощи. Благодаря модернизации оборудования, около 50% отделений гемодиализа используют современный бикарбонатный гемодиализ.

Вместе с тем количество отделений диализа в 3,5 раза отстает от потребности. В 2001 г. обеспеченность составила 49,2 больных на 1 млн. населения, что значительно ниже потребности, которая составляет 150 больных. Всего в Российской Федерации 7148 больных обеспечены диализом.

Анализ данных по отдельным регионам позволяет констатировать недостаточное обеспечение диализной помощью почти в половине из них, а в 10 субъектах Российской Федерации (Республики Алтай, Тыва и автономные округа) с общей численностью населения 1,4 млн. чел. диализная помощь вообще практически не оказывается. Тревожная ситуация наблюдается в Республике Дагестан, в Ростовской, Тамбовской, Курской, Брянской, Ярославской, Тульской, Калининградской, Пензенской областях, в ряде областей Дальневосточного и Сибирского округов, где обеспеченность диализом составляет не более 25 больных на 1 млн. населения, что в 1,8 раза ниже среднего показателя по Российской Федерации. Только в 5 регионах (гг. Москва, Санкт-Петербург, Свердловская и Ульяновская области, Республика Татарстан) отмечается удовлетворительный уровень обеспеченности диализом.

В большинстве территорий нерентабельно используется дорогостоящее гемодиализное оборудование. В целом в Российской Федерации один аппарат «искусственная почка» обеспечивает в среднем 472 процедуры гемодиализа в год при норме - 600. Рентабельность использования диализного оборудования особенно низкая в отделениях, где количество диализных мест не превышает 3 (34% от общего количества отделений диализа), и максимальная в отделениях, где гемодиализных мест 6 и более (48% от общего числа отделений).

Одной из серьезных проблем является оснащение отделений диализа и обеспечение их расходным материалом. Доля отечественной аппаратуры среди общего числа гемодиализных машин составляет в настоящее время около 4%. Более половины парка гемодиализных машин превышает срок эксплуатации, 15% отделений не оснащены системами водоподготовки.

Медленно внедряется в практическое здравоохранение перитонеальный диализ. В 2001 г. из общего числа 7148 диализных больных его получали только 489 пациентов или 6,8%. Отсутствуют единые протоколы лечения больных с хронической почечной недостаточностью, в том числе с применением методов гемо- и перитонеального диализа, система и единая программа подготовки специалистов по проблемам гемо- и перитонеального диализа, а также учебные программы для подготовки медицинских сестер отделений диализа.

Все это отрицательно сказывается на качестве лечения больных, страдающих терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

В целях упорядочения работы диализных отделений и дальнейшего совершенствования организации оказания диализной помощи больным, страдающим терминальной стадией хронической почечной недостаточности

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации деятельности отделения диализа (Приложение N 1).

1.2. Рекомендуемое положение об организации деятельности Центра амбулаторного диализа (Приложение N 2).

1.3. Рекомендуемые штатные нормативы медицинского и инженерно-технического персонала отделений диализа, центров амбулаторного диализа (Приложение N 3).

1.4. Учетную форму № 003- 1/у (вкладыш к истории болезни) «Карта динамического наблюдения диализного больного» (Приложение N 4).

1.5. Отчетную форму № 68 «Отчет о работе отделения диализа и Центра амбулаторного диализа» (Приложение N 5).

2. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению, Центру нефрологии и диализа Государственного медицинского центра Минздрава России, кафедрам нефрологии и гемодиализа факультета последипломного профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Российской медицинской академии последипломного образования и Научно-исследовательскому институту трансплантологии и искусственных органов Министерства здравоохранения Российской Федерации к 01.01.2003. предоставить протоколы ведения и лечения больных с хронической почечной недостаточностью, включив в них лечение гемо- и перитонеальным диализом.

3. Департаменту образовательных медицинских учреждений и кадровой политики, Департаменту организации и развития медицинской помощи населению:

3.1. Внести необходимые изменения и дополнения в типовую программу повышения квалификации врачей, а также в программы элективных курсов лечебного и педиатрического факультетов по вопросам заместительной почечной терапии методами гемо- и перитонеального диализа.

3.2. Пересмотреть учебные программы циклов повышения квалификации по вопросам гемо- и перитонеального диализа для медицинских сестер отделений гемо- и перитонеального диализа.

3.3. Разработать и предоставить на утверждение к 01.12.2002. Правила по охране труда и безопасности в отделениях диализа и Типовую инструкцию по охране труда для персонала отделений диализа.

4. Центру нефрологии и диализа Государственного медицинского центра Минздрава России ежегодно к 1 марта обобщать материалы о состоянии оказания диализной помощи населению Российской Федерации и предоставлять аналитическую справку в Департамент организации и развития медицинской помощи населению.

5. Департаменту экономического развития здравоохранения, управления финансами и материальными ресурсами к 01.01.2003. внести дополнения в раздел 1 Лечебно-профилактические учреждения Номенклатуры учреждений здравоохранения (пп.1.4.6.), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.11.99 № 395 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»* включив Центр амбулаторного диализа.

6. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации организовать работу отделений диализа в соответствии с утвержденными настоящим приказом положениями (Приложения №№ 1,2,3,4,5).

7. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации А.И. Вялова.

Министр

Ю.Л. Шевченко

*Зарегистрирован Минюстом России 10.11.99 №1965 с изменениями и дополнениями, внесенными приказом Минздрава России от 28.02.2000 №73, зарегистрированным Минюстом России 23.03.2000 №2163, приказом Минздрава России от 28.02.2000 №72-ДСП, зарегистрированным Минюстом России 05.04.2000 №2178, приказом Минздрава России от 04.06.2001 №180, зарегистрированным Минюстом России 21.06.2001 №2759.

ПОЛОЖЕНИЕ
об организации деятельности отделения диализа

1. Отделение диализа (далее именуется Отделением) является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения (стационара).

2. Отделение возглавляет заведующий, на должность которого назначается врач нефролог высшей квалификационной категории, прошедший специализацию по анестезиологии-реаниматологии, либо врач хирург, уролог, анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, прошедший специализацию по нефрологии.

3. В Отделении могут работать врачи-нефрологи, прошедшие специализацию по анестезиологии-реаниматологии, или врачи-хирурги, врачи-урологи, врачи анестезиологи-реаниматологи со специализацией по нефрологии.

4. Планирование работы Отделения осуществляется с учетом не менее чем ежедневного двухсменного использования гемодиализной аппаратуры при пропускной способности одного гемодиализного места не менее 600 процедур гемодиализа в год. При трехсменном режиме лечения больных организуется круглосуточная работа отделения.

5. Рекомендуемая структура Отделения:

5.1. Аппараты «искусственная почка» не менее 6, из них 1 аппарат находится в резерве.

5.2. Система водоподготовки.

5.3. Помещение для системы водоподготовки.

5.4. Диализный зал для проведения процедур гемодиализа.

5.5. Диализный зал для проведения перитонеального диализа.

5.6. Процедурный кабинет

5.7. Перевязочная.

5.8. Палаты для госпитализации больных мощностью не менее 20 коек.

5.9. Операционная для наложения сосудистого или перитонеального доступов.

5.10. Лаборатория для проведения лабораторных исследований во время гемодиализа при наличии в Отделении 8 диализных мест.

5.11. Помещение для хранения контейнеров с диализными растворами.

5.12. Помещение временного хранения использованного расходного материала.

5.13. Помещение для повторной обработки диализаторов.

5.14. Помещение для хранения стерильных диализаторов.

5.15. Помещение для консультации больных, получающих амбулаторный гемодиализ или перитонеальный диализ.

5.16. Помещение для комнаты отдыха и хранения вещей больных, получающих диализ амбулаторно.

5.17. Помещения для медицинского персонала.

6. Отделение осуществляет следующие функции:

6.1. Оказание специализированной медицинской помощи больным, нуждающимся в проведении почечной заместительной терапии методами гемо- и перитонеального диализа.

6.2. Обеспечивает динамическое наблюдение (клинико-лабораторное, инструментальное) больных на додиализной стадии при снижении у них функции почек на 70% (при уровне клубочковой фильтрации 30-25 мл/мин.) и подготовку к лечению диализом.

6.3. Обеспечивает динамическое наблюдение и лечение больных, страдающих хронической почечной недостаточностью и получающих любые виды заместительной почечной терапии - амбулаторный гемодиализ, амбулаторный перитонеальный диализ или (при отсутствии регионального центра трансплантации почки) после трансплантации почки.

6.4. Обеспечивает перевод больных на трансплантацию почки.

6.5. Обеспечивает стационарное лечение реципиентов аллогенной почки при отсутствии регионального центра трансплантации почки.

6.6. Осуществляет отбор больных для лечения гемо- или перитонеальным диализом на основании коллективного решения специально созданной комиссии, состав которой определяют местные органы здравоохранения.

6.7. При наличии медицинских показаний осуществляет госпитализацию в Отделение больных, находящихся на амбулаторном гемо- и перитонеальном диализе. Порядок госпитализации регламентируется администрацией лечебно-профилактического учреждения, в состав которого входит Отделение.

6.8. Обеспечивает медикаментозное лечение больных, получающих амбулаторный гемо- и перитонеальный диализ из фондов лечебно-профилактического учреждения, в состав которого входит Отделение.

6.9. Обеспечивает лабораторное и инструментальное обследование, необходимое больным, получающим амбулаторный диализ, из фондов лечебно-профилактического учреждения, в состав которого входит Отделение.

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
об организации деятельности Центра амбулаторного диализа

1. Центр амбулаторного диализа (далее именуется Центр) создается как самостоятельное учреждение здравоохранения с правами юридического лица, так и на базе лечебно-профилактического учреждения здравоохранения.

2. Центр возглавляет заведующий, на должность которого назначается врач нефролог высшей или первой квалификационной категории, имеющий специализацию по анестезиологии-реаниматологии, либо врач хирург, уролог, анестезиолог-реаниматолог высшей или первой квалификационной категории имеющие специализацию по нефрологии.

3. В Центре могут работать врачи-нефрологи, имеющие специализацию анестезиологии-реаниматологии, врачи-хирурги, врачи-урологи, врачи-анестезиологи-реаниматологи со специализацией по нефрологии.

4. Планирование работы Центра может осуществляться с учетом не менее чем ежедневного двухсменного использования аппаратуры при пропускной способности одного гемодиализного места не менее 600 процедур гемодиализа в год. При трехсменном режиме лечения больных организуется круглосуточная работа Центра.

5. Штаты Центра устанавливаются в соответствии с установленными штатными нормативами.

6. Рекомендуемая структура Центра:

- 6.1. Аппараты «искусственная почка» не менее 6, из них 1 аппарат находится в резерве.
- 6.2. Система водоподготовки.
- 6.3. Помещение для системы водоподготовки.
- 6.4. Диализный зал для проведения процедур гемодиализа.
- 6.5. Диализный зал для проведения перитонеального диализа.
- 6.6. Перевязочная.
- 6.7. Процедурный кабинет.
- 6.8. Палаты дневного пребывания больных из расчета 1 койка на 4 диализных места (но не менее 4 коек) для оказания неотложной медицинской помощи.
- 6.9. Помещения для медицинского персонала.
- 6.10. Лаборатория для проведения лабораторных исследований во время гемодиализа при наличии в Центре 16 диализных мест.
- 6.11. Помещение для хранения контейнеров с диализными растворами.
- 6.12. Помещение для повторной обработки гемодиализаторов.
- 6.13. Помещение для временного хранения использованного расходного материала.
- 6.14. Помещение для хранения стерильных гемодиализаторов.
- 6.15. Помещение для осмотра и консультации больных,
- 6.16. Помещения для комнаты отдыха и хранения вещей больных, получающих гемо- и перитонеальный диализ.
- 6.17. Буфет и столовая для больных.
- 6.18. Туалеты и душевые для медицинского персонала и больных.
- 6.19. Гардероб (санпропускник).

Центр осуществляет следующие функции:

7.1. Оказание специализированной медицинской помощи больным с терминальной стадией хронической почечной недостаточности и нуждающимся в проведении почечной заместительной терапии методами гемо- и перитонеального диализа.

7.2. Обеспечивает медикаментозное лечение больных.

7.3. Обеспечивает лабораторное и инструментальное обследование, необходимое больным, получающим амбулаторный гемо- и перитонеальный диализ.

7.4. Обеспечивает консультативную помощь больным с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

7.5. Осуществляет отбор больных для лечения гемо- или перитонеальным диализом на основании коллективного решения специально созданной комиссии, состав которой определяют местные органы здравоохранения.

7.6. При наличии медицинских показаний осуществляет госпитализацию больных в стационар лечебно-профилактического учреждения в установленном порядке.

7.7. Осуществляет отбор и подготовку больных, нуждающихся в пересадке почки (потенциальных реципиентов аллогенной почки), с направлением их в центр (отделение) трансплантации.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
медицинского и инженерно-технического персонала отделений диализа, центров амбулаторного диализа

1. Врачебный персонал

1.1. Должности врачей-специалистов диализного отделения устанавливаются из расчета 1 должность на:

- 6 диализных мест в смену, но не менее 1 должности на диализный зал,
- 20 коек стационара,
- 10 больных, получающих перитонеальный диализ, но не менее 1 должности на отделение.
- 20 амбулаторных больных, находящихся на диспансерном наблюдении.

1.2. Должности врачей клинической лабораторной диагностики устанавливаются из расчета 1 должность на 6 диализных мест, но не менее 1 должности врача на отделение.

1.3. Должности врачей-специалистов для проведения гемодиализа по экстренным показаниям в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни устанавливаются органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по подчиненности учреждения дополнительно в зависимости от объема работы.

1.4. Должность врача-хирурга устанавливается из расчета 1 должность на 50 больных.

1.6. Должность врача-эндокринолога устанавливается из расчета 1 должность на 25 больных сахарным диабетом.

1.7. Должность медицинского психолога устанавливается из расчета 1 должность на 50 больных.

1.8. Должность заведующего отделением устанавливается:

1.8.1. в отделении с числом диализных мест до 8 - вместо 0,5 должности врача-специалиста;

1.8.2. в отделении с числом диализных мест 8 и более - сверх должностей врачей-специалистов.

2. Средний медицинский персонал

2.1. Должности медицинских сестер диализного зала устанавливаются из расчета 1 должность на 3 диализных места в смену, но не менее 1 должности на диализный зал.

2.2. Должности медицинских сестер перитонеального диализа устанавливаются из расчета 1 должность на 5 больных.

2.3. Должности медицинских сестер (палатных) устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 20 коек.

2.4. Должности операционных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 30 диализных мест в смену.

2.5. Должности медицинских сестер процедурного кабинета устанавливаются из расчета 1 должность на 40 коек.

2.6. Должности медицинских сестер для оказания экстренной помощи больным в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни устанавливаются соответственно должностям врачей, вводимым для указанных целей в соответствии с п. 1.3.

2.7. Должности лаборантов (всех наименований) устанавливаются из расчета 1 должность на 8 диализных мест в смену.

2.8. Должность старшей медицинской сестры отделения устанавливается соответственно должности заведующего отделением.

3. Младший медицинский персонал

3.1. Должности санитарок-уборщиц устанавливаются из расчета:

3.1.1. 1 круглосуточный пост на 20 коек.

3.1.2. 1 должность на 6 диализных мест в смену.

3.1.3. 1 должность на 10 больных, находящихся на перитонеальном диализе.

3.2. Должности санитарок операционной, перевязочной и процедурного кабинета устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер операционной, перевязочной и процедурного кабинета.

3.3. Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек.

3.4. Должности санитарок-ваннщиц устанавливаются из расчета 1 должность на 30 коек.

3.5. Должности санитарок лаборатории устанавливаются из расчета 1 должность на 4 должности врачей клинической лабораторной диагностики, фельдшеров-лаборантов и лаборантов.

3.6. Должность сестры-хозяйки устанавливается в каждом отделении.

4. Инженерно-технический персонал

4.1. Должности инженеров устанавливаются из расчета 1 должность на 6 диализных мест в смену, но не менее 1 должности в смену.

4.2. Должности техников устанавливаются из расчета 1 должность на 8 диализных мест в смену.

Примечание:

1. Количество коек в отделениях должно определяться в пределах соотношения - на каждые 8 диализных мест не более 20 коек.

2. В штатные расписания могут вводиться только целые, 0,25; 0,5 или 0,75 должности.

Округление по одноименным должностям производится в следующем порядке:

- итоговые цифры менее 0,13 отбрасываются; цифры 0,13-0,37 округляются до 0,25.

- цифры 0,38-0,62 округляются до 0,5;

- цифры 0,62-0,87 округляются до 0,75;

- а свыше 0,76-до единицы.

В таком же порядке допускается округление* по категориям персонала (врачи, средний медицинский персонал, младший медицинский персонал).

2. Динамика клинических и биохимических показателей

(заполняются ежемесячно, на конец каждого месяца)

Наименование показателей	Янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	септ	окт	нояб	дек
Креатинин до диализа,												
Процент снижения мочевины после сеанса диализа (или Kt/V)												
Альбумин крови г/л												
Гематокрит. %												
Гемоглобин, г/л												
Кальций крови общий												
Фосфор крови												
Паратгормон крови*												
Холестерин крови *												
АД додиализное												
АД постдиализное												
Вес сухой, кг												
Междиализная прибавка веса, кг												

* Паратгормон крови определяется 1 раз в 4 - 6 месяцев; общий холестерин крови определяется 1 раз в 6 месяцев

3. Осложнения диализного лечения

(заполняется ежемесячно, указывается количество осложнений за месяц)

	Янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	септ	окт	нояб	дек
Синдиализная гипотония												
Синдиализная гипертония												
Синдиализная стенокардия												
Синдиализная аритмия												

4. Коррекция анемии

(заполняется ежемесячно, на конец месяца;

подробности см. в инструкции по заполнению)

	Янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	септ	окт	нояб	дек
название препарата эритропоэтина												
Доза и способ введения (п/к, в/м) эритропоэтина ЕД/кг веса/нед.)												
Переливание эритроцитарной массы, мл												
Название препарата железа												
Доза препарата железа (мг/нед.)												
Способ введения препарата железа: в/в, внутрь												
% насыщения железом трансферрина*												
Ферритин*												

1. Ферритин и процент насыщения железом трансферрина определяются до начала проведения терапии эритропоэтином,
2. после введения необходимой дозы препаратов железа при коррекции дефицита железа
3. каждые 3 месяца при проведении терапии эритропоэтином в сочетании с препаратами железа
4. каждые 6 недель при терапии только препаратами эритропоэтина

**Инструкция
по заполнению учетной формы № 003-1/у**

«Карта динамического наблюдения диализного больного»

Карта динамического наблюдения заполняется в текущем календарном году на каждого больного, который лечится в отделении диализа/Центре амбулаторного диализа, и ведется непрерывно как на этапе стационарного, так и амбулаторного лечения.

При заполнении разделов Карты:

1. Диагноз заболевания почек указывается в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), при сочетанных поражениях почек первым указывается заболевание, которое привело к терминальной хронической почечной недостаточности. В случаях, когда ее причиной является прекращение функции трансплантированной почки, основной патологией почек считается поражение трансплантата. Случаи первичного заболевания в стадии хронической почечной недостаточности обозначаются как нефропатия неясной этиологии.

2. Инфицированность вирусами гепатита обозначается датой первого выявления маркеров вирусов гепатита. Если последние никогда не определялись, указать: «не определялись», если они никогда не были выявлены, пометить «отрицательный».

3. В таблице 1 «Госпитализация в течение года» показывается число дней госпитализации в каждом месяце с указанием причины госпитализации. Например, если больной госпитализирован 10 января и выписывается 5 марта, в графе «январь» указывается 21, «февраль» - 28, «март» - 5. Если в течение года больной был госпитализирован по нескольким причинам, в каждой отдельной строке указывается конкретная причина каждой госпитализации.

4. В таблице 2 «Динамика клинических и биохимических показателей» регистрируется динамика показателей по данным на конец каждого месяца. Кt/V или доля снижения мочевины (в процентах) определяется ежемесячно, один раз в месяц (в карту вносится значение обеспеченной, но не предписанной дозы диализа).

5. В таблице 3 «Осложнения диализного лечения» отмечаются в соответствующих графах количество эпизодов (цифрой) каждого из осложнений за соответствующий месяц.

6. В таблице 4 «Коррекция анемии» указывается название препарата эритропоэтина, способ введения и доза в ЕД на 1 кг веса в неделю. При использовании гемотрансфузий указывается количество эритроцитарной массы в мл, в данном месяце. При терапии препаратами железа отмечается название препарата, способ введения и месячная доза.

Приложение №5
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава
России
От 13.08.2002 №254

ОТРАСЛЕВАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОТЧЕТНОСТЬ

ОТЧЕТ
О РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ДИАЛИЗА,
ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОГО ДИАЛИЗА
(нужное подчеркнуть)
за 200 год

ФОРМА № 68

Утверждена
приказом Минздрава
России
От 13.08.2002 №254

ГОДОВАЯ

Представляют	Сроки представления
Отделения диализа. Центры амбулаторного диализа	1 марта
- в Минздрав России	
Наименование отчитывающейся организации	
Почтовый адрес	

Наименование лечебно - профилактического учреждения _____

1. Наименование отделения _____

2. Общее количество аппаратов «искусственная почка» _____

3. Марка аппаратов «искусственная почка» и срок их эксплуатации _____

4. Марка системы водоочистки и срок ее эксплуатации _____

5. Число функционирующих гемодиализных мест _____

6. Число сеансов гемодиализа _____:

6.1. Общее число сеансов гемодиализа _____

6.2. В том числе, сеансов бикарбонатного гемодиализа _____

6.3. Число сеансов ацетатного гемодиализа _____

6.4. Число сеансов, проведенных по поводу **ОПН** _____

6.5. Число сеансов, проведенных по поводу **ХПН** _____

7. Сведения о больных, получавших лечение гемодиализом:

7.1. Общее число больных, пролеченных в течение года _____

7.2. В том числе, пролеченных по поводу **ОПН** _____

7.3. В том числе, пролеченных по поводу **ХПН** _____

7.4. Число больных, получавших лечение гемодиализом на 01.01. отчетного года	_____	
7.5. Число больных, получавших лечение гемодиализом на 31.12 отчетного года	_____	
7.6. Число больных, вновь принятых на лечение гемодиализом в отчетном году	_____	
в том числе принято на лечение по поводу ОПН	_____	
вновь принято лечение по поводу ХПН	_____	
7.7. Число умерших, лечившихся гемодиализом всего	_____	1
из них: страдавших ОПН	_____	2
страдавших ХПН	_____	3
7.8. Число инфицированных вирусом гепатита В:		
всего _____ 1, из них:		
вновь инфицированных в течение отчетного года	_____	2
число больных с положительным HBs-антигеном	_____	3
7.9. Число инфицированных гепатитом С: всего _____ 1, из них:		
вновь инфицированных в течение отчетного года	_____	2
число больных с положительными маркерами гепатита С	_____	3
7.10. Число инфицированных гепатитом В+С	_____	
7.11. Число больных гемодиализом, получавших в течение отчетного года лечение препаратами эритропоэтина	_____	

8. Сведения о больных, получавших лечение перитонеальным диализом:

8.1. Общее число больных, пролеченных в отчетном году	_____	
в том числе, пролеченных по поводу ОПН	_____	1
в том числе, пролеченных по поводу ХПН	_____	2
8.2. Число больных, лечившихся перитонеальным диализом на 01.01 отчетного года	_____	
8.3. Число больных, лечившихся перитонеальным диализом на 31.12 отчетного года	_____	
8.4. Число больных, вновь принятых на лечение перитонеальным диализом в отчетном году всего _____ 1,		
из них принято на лечение по поводу:		
ОПН	_____ 2	
ХПН	_____ 3	
8.5. Число умерших, лечившихся перитонеальным диализом всего _____ 1, из них:		
страдавших ОПН	_____	2
страдавших ХПН	_____	3
8.6. Число инфицированных вирусом гепатита В: всего _____ 1, из них:		
число вновь инфицированных в течение отчетного года	_____	2
общее число больных с положительным HBs-антигеном	_____	3
8.7. Число инфицированных гепатитом С: всего _____ 1, из них:		
вновь инфицированных в течение отчетного года	_____	2
общее число больных с положительными маркерами гепатита С	_____	3
8.8. Число инфицированных гепатитом В+С	_____	
8.9. Число больных перитонеальным диализом, получавших в течение отчетного года лечение препаратами эритропоэтина	_____	
8.10. Число эпизодов перитонита в течение отчетного года	_____	
9. Число больных, направленных на трансплантацию почки всего	_____	1
в том числе лечившихся гемодиализом	_____	2
лечившихся перитонеальным диализом	_____	3

Подпись:

Заведующий отделением
диализа

Руководитель Центра
амбулаторного диализа

Печать лечебно-
Профилактического
Учреждения

Дата _____

**Инструкция
по заполнению отчетной формы №68 «Отчет о работе отделения диализа, Центра
амбулаторного диализа»**

Отчет отделения диализа или Центра амбулаторного диализа по итогам работы за истекший календарный год представляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации не позднее 1 марта текущего года.

В отчете указываются сведения по каждому отделению (Центру) и при наличии в регионе нескольких отделений отчеты оформляются по каждому из них отдельно.

В отчете по оснащения отделения (Центра) следует указать данные по состоянию на 31 декабря отчетного года:

- а) общее количество аппаратов «искусственная почка»,
- б) количество функционирующих аппаратов и срок их эксплуатации отдельно по каждой марке фирмы-производителя,
- в) марку системы водоподготовки и срок ее эксплуатации.

Раздельно представляются сведения о лечении гемо- и перитонеальным диализом с выделением групп больных, пролеченных по поводу острой почечной недостаточности (ОПН) и хронической почечной недостаточности (ХПН).

При заполнении графы о лечении препаратами эритропоетина указывать только количество больных, лечившихся в течение года регулярно.