|  |  |
| --- | --- |
| Данные пациента(ФИО, возраст, пол, контактные данные, заболевание, хронические заболевания) |  |
| Место проведения процедуры гемодиализа (клиника, лечащий врач, адрес контактные телефоны) |  |
| Сообщение о действии/эффекте ИМН |  |
| ИМН(название, номер серии, срок годности,) |  |
| Дополнительные препараты использованные при процедуре гемодиализа |  |
| Дополнительная информация |  |