



## اطلاعات عضو پیوندی

- قلب     ریه     کلیه     مغز استخوان     پانکراس
- سایر اعضا: .....
- تاریخ پذیرش: ...../...../.....
- بیمارستان انجام دهنده: .....

## گیرنده پیوند

- شماره پذیرش: ..... گروه خونی: ..... محل تولد: ..... سن: .....  
 نام و نام خانودگی: ..... وزن: ..... جنسیت: مرد  زن   
 تاریخ آخرین دیالیز: ...../...../..... تاریخ آخرین پیوند: ...../...../.....  
 تاریخ آخرین تزریق خون: ...../...../..... داروی مصرفی: .....  
 نسبت واقعی با پدر: تنی  ناتنی  نسبت واقعی با مادر: تنی  ناتنی   
 نسبت گیرنده با دهنده: ..... نسبت پدر و مادر گیرنده با یکدیگر: .....  
 سابقه بیماری: ..... سابقه سقط و بارداری (تعداد): .....  
 آدرس: ..... شماره تلفن منزل: ..... شماره تلفن همراه: .....  
 اینجانب ..... مشخصات فوق را تأیید می‌کنم. امضا و تاریخ اثر انگشت

## دهنده پیوند

- شماره پذیرش: ..... گروه خونی: ..... محل تولد: ..... سن: .....  
 نام و نام خانودگی: ..... وزن: ..... جنسیت: مرد  زن   
 تاریخ آخرین دیالیز: ...../...../..... تاریخ آخرین پیوند: ...../...../.....  
 تاریخ آخرین تزریق خون: ...../...../..... داروی مصرفی: .....  
 نسبت واقعی با پدر: تنی  ناتنی  نسبت واقعی با مادر: تنی  ناتنی   
 نسبت گیرنده با دهنده: ..... نسبت پدر و مادر گیرنده با یکدیگر: .....  
 سابقه بیماری: ..... سابقه سقط و بارداری (تعداد): .....  
 آدرس: ..... شماره تلفن منزل: ..... شماره تلفن همراه: .....  
 اینجانب ..... مشخصات فوق را تأیید می‌کنم. امضا و تاریخ اثر انگشت