



فرم اطلاعات آزمایش تخصصی پیوند کلیه

تاریخ پذیرش : ۱۴...../...../..... تاریخ پیوند (تاریخ احتمالی) : ۱۴...../...../..... بیمارستان پیوند :
نسبت گیرنده با دهنده عضو : نام پزشک معالج :

مشخصات گیرنده عضو

شماره پذیرش :
نام و نام خانوادگی : کد ملی : گروه خونی :
محل تولد : سن : وزن (kg) : جنسیت : زن مرد
آیا تاکنون دیالیز انجام داده‌اید؟ بلی خیر تاریخ آخرین دیالیز : ۱۴...../...../.....
آیا تاکنون پیوند عضو انجام داده‌اید؟ بلی خیر تاریخ آخرین پیوند : ۱۴...../...../.....
آیا تاکنون تزریق خون انجام داده‌اید؟ بلی خیر تاریخ آخرین تزریق خون : ۱۴...../...../.....
دارو مصرفی : سابقه سقط و بارداری (تعداد) :
نسبت پدر و مادر گیرنده با یکدیگر : سوابق بیماری :
نسبت واقعی با پدر : تنی ناتنی نسبت واقعی با مادر : تنی ناتنی
تلفن ثابت : تلفن همراه :
آدرس :
اینجانب صحت اطلاعات فوق را تأیید می‌کنم.

امضا، اثر انگشت و تاریخ

مشخصات اهداکننده عضو

شماره پذیرش :
نام و نام خانوادگی : کد ملی : گروه خونی :
محل تولد : سن : وزن (kg) : جنسیت : زن مرد
دارو مصرفی : سوابق بیماری :
تلفن ثابت : تلفن همراه :
آدرس :
اینجانب صحت اطلاعات فوق را تأیید می‌کنم.

امضا، اثر انگشت و تاریخ