

اطلاعات عضو پیوندی

قلب ریه کلیه مغز استخوان پانکراس

سایر اعضا:

تاریخ احتمالی پیوند:/...../.....

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:/...../..... کد ملی:

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:/...../..... کد ملی:

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