



## فرم اطاق عمل

نام اهدا کننده: ..... گروه خونی: .....  
 تاریخ برداشت اعضا: ۱۳...../...../..... زمان پایان برداشت اعضا: ..... ساعت انتقال به اتاق عمل: .....  
 زمان شروع برداشت اعضا: ..... زمان کلامپ آئورت: .....

### اطلاعات مربوط به برداشت اعضا

اعضا	کلیه راست	کبد	قلب	ریه راست	ریه چپ	پانکراس	رود	نسج
اعضای برداشته شده								
در صورت عدم برداشت علت را مشخص کنید								
گروه برداشت عضو								
بیمارستان دریافت کننده								
نام جراح یا تحويل گیرنده								
مهر و امضا								

جراح هماهنگ کننده اتاق عمل:

نام هماهنگ کننده: