

فرم مشخصات گیرندگان اعضای پیوندی

مشخصات اهدا کننده:

تاریخ اهدا: تاریخ مرگ مغزی:
آدرس و تلفن:
نام و نام خانوادگی:
علت:
وزن: قد: سن:
گروه خون:

ریه پانکراس قرنیه استخوان
 قلب کبد کلیه چپ

مشخصات گیرنده کلیه راست:

نام نام خانوادگی:
آدرس:
تلفن:
سن: بیمارستان:

تاریخ فوت:

مشخصات گیرنده کلیه چپ:

نام نام خانوادگی:
آدرس:
تلفن:
سن: بیمارستان:

تاریخ فوت:

مشخصات گیرنده قلب:

نام نام خانوادگی:
آدرس:
تلفن:
سن: بیمارستان:

تاریخ فوت:

مشخصات گیرنده کبد:

نام نام خانوادگی:
آدرس:
تلفن:
سن: بیمارستان:

تاریخ فوت:

مشخصات گیرنده پانکراس:

نام نام خانوادگی:
آدرس:
تلفن:
سن: بیمارستان:

تاریخ فوت:

مشخصات گیرنده ریه:

نام نام خانوادگی:
آدرس:
تلفن:
سن: بیمارستان:

تاریخ فوت: