



ک-۱۶

فرم شرح عمل

تاریخ:/...../۱۳.....

نام اهداکننده:

مهر و امضا جراح	یافته های غیر طبیعی هنگام انجام هاروست
	توراکس:
	شکم:

هماهنگ کننده:

مسئول اتاق عمل: