

فرم گیرنده - دهنده

گیرنده			
نام و نام خانوادگی:		شماره پذیرش:	
کد ملی:	سن:	وزن:	
پزشک معالج:		تاریخ پیوند:	
گروه خونی:		نسبت دهنده و گیرنده:	
آخرین دیالیز:	آخرین تزریق خون:	سابقه پیوند قبلی:	
خاتم‌ها:	تعداد بارداری:	تعداد فرزند:	تعداد سقط:
آدرس و تلفن:			
امضا و اثر انگشت:		علت از کار افتادن کلیه:	
دهنده			
نام و نام خانوادگی:		سن:	
گروه خونی:		سابقه بیماری:	
خاتم‌ها:	تعداد بارداری:	تعداد فرزند:	تعداد سقط:
آدرس و تلفن:			
امضا و اثر انگشت:		کد ملی:	