

اطلاعات گیرنده	
نام و نام خانوادگی:	شماره پذیرش:
وزن:	سن:
پزشک معالج:	تاریخ پیوند:
گروه خونی:	نسبت دهنده و گیرنده:
تاریخ آخرین دیالیز:	تاریخ آخرین تزریق خون:
*این قسمت مخصوص بانوان است:	
تعداد بارداری:	تعداد فرزندان:
نشانی:	شماره تماس:
امضا:	اثر انگشت:
کد ملی:	

اطلاعات دهنده	
نام و نام خانوادگی:	سن:
گروه خونی:	سابقه بیماری:
*این قسمت مخصوص بانوان است:	
تعداد بارداری:	تعداد فرزندان:
نشانی:	شماره تماس:
امضا:	اثر انگشت:
کد ملی:	
تکمیل کننده برگه:	