

فرم ثبت اطلاعات آزمایش تخصصی پیوند کلیه

تاریخ پذیرش :/...../14..... تاریخ پیوند (احتمالی) :/...../14..... بیمارستان پیوند :
 نسبت گیرنده با دهنده : نام پزشک معالج :

مشخصات گیرنده عضو

شماره پذیرش :
 نام و نام خانوادگی : کد ملی : گروه خونی :
 محل تولد : سن : وزن (kg) : قد : جنسیت : زن مرد
 آیا تاکنون دیالیز انجام داده‌اید؟ بله خیر تاریخ آخرین دیالیز :/...../.....
 آیا تاکنون پیوند عضو انجام داده‌اید؟ بله خیر تاریخ آخرین پیوند :/...../.....
 تاریخ رد پیوند :/...../.....
 آیا تاکنون تزریق خون انجام داده‌اید؟ بله خیر تاریخ آخرین تزریق خون :/...../.....
 دارو مصرفی : سابقه چند سقط جنین و چند بارداری :
 سوابق بیماری خود ایمنی : MS لوپوس آرترید روماتوئید سایر :
 نسبت پدر و مادر گیرنده با یکدیگر : سوابق سایر بیماری ها:
 نسبت واقعی با پدر : تنی ناتنی نسبت واقعی با مادر : تنی ناتنی
 تلفن ثابت : تلفن همراه :
 آدرس :

اینجانب صحت اطلاعات فوق را تأیید می‌کنم. امضا و اثرانگشت و تاریخ

مشخصات اهدا کننده عضو

شماره پذیرش :
 نام و نام خانوادگی : کد ملی : گروه خونی :
 محل تولد : سن : وزن (kg) : قد : جنسیت : زن مرد
 دارو مصرفی : سابقه چند سقط جنین و چند بارداری :
 تلفن ثابت : تلفن همراه :
 آدرس :

اینجانب صحت اطلاعات فوق را تأیید می‌کنم. امضا و اثرانگشت و تاریخ