



## بسمه تعالی

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی کشور

بانک سلول، بافت و عضو

واحد اهداء کالبد آموزشی

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
وضعیت تاهل:	تعداد فرزند:	شغل:

لطفا در صورت داشتن بیماری‌های زیر، با توضیح مختصری آن را مشخص کنید

سابقه جراحی:	دیابت:
سرطان:	هیپاتیت:
کاهش وزن قابل توجه:	سابقه اعتیاد (در صورت تمایل پاسخ دهید):

آیا بیماری خاص دیگری دارید؟

آیا در خانواده شما فردی با بیماری خاصی وجود دارد؟

انگیزه شما از اهداء کالبد خود در راه آموزش و پژوهش پزشکی کشور چیست؟

تاریخ:

امضاء و اثر انگشت متقاضی اهداء