



مرکز مدیریت پیوند اعضا  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

باسمه تعالی

و من احباها فكاننا احيا الناس جميعا

هرکس انسانی را زندگی بخشد، مثل آن است که همه مردم را زنده گردانیده است.

(قرآن کریم - سوره مائده آیه ۳۲)



## فرم عضویت

# در خانواده بزرگ اهدا کنندگان عضو

## دوست دارم پس از مرگم به دیگران زندگی هدیه کنم

### نحوه تکمیل فرم

- لطفا مشخصات فردی مندرج در فرم سمت راست را به دقت تکمیل و تلفن تماس خود یا یکی از بستگان را همراه با کد شهرستان وارد کنید.
- در قسمت بعد، تمایل خود را نسبت به اهدای تمام یا بخشی از اعضای قابل پیوند خود، پس از احراز مرگ مغزی، ذکر کنید.
- تکمیل مشخصات دو نفر شاهد جهت صدور کارت الزامی است.
- لطفا فرم تکمیل شده و مدارک را به محلی که فرم را دریافت کرده‌اید، تحویل و یا به آدرس مرکز ارسال کنید. کلیه فرم ها، پست جواب قبول است و نیاز به الصاق تمبر و پرداخت هزینه ندارد.
- در صورت نیاز به تعداد بیشتر فرم، می‌توانید از فرم تکمیل نشده کپی دورو تهیه فرمایید.
- \* مرگ مغزی توقف کامل و غیرقابل برگشت فعالیت‌های مغزی است، که توسط یک تیم پنج نفره از متخصصین منتخب به تایید می‌رسد.
- \*\* اعضای قابل پیوند شامل قلب، ریه، کلیه، لوزالمعده، قریبه، کبد و بافت‌ها می‌باشد.

### مدارک لازم

- مدارک لازم عبارتند از: یک برگ کپی از صفحه اول شناسنامه، یک قطعه عکس سه در چهار به انضمام فرم تکمیل شده

### شرایط عضویت

- عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم ابتلا به بیماریهای بدخیم (سرطان)، هیپاتیت، ایدز و HTLV-1.
- در صورتی که سن شما کمتر از هجده سال است، بهتر است موافقت ولی خویش را به عنوان شاهد اخذ نمایید.



نام: \_\_\_\_\_

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_

نام پدر: \_\_\_\_\_ سال تولد: \_\_\_\_\_ شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_

صادره از: \_\_\_\_\_ کدملی: \_\_\_\_\_

اینجانب با قصد رضایت حق تعالی و کمک به هموعان، به پزشکان مرکز مدیریت پیوند دانشگاه علوم پزشکی مشهد اجازه می‌دهم پس از تایید مرگ مغزی\* اینجانب از سوی مراجع ذی صلاح و با رعایت قوانین مربوطه،

تمامی عضوهای قابل پیوند\*\*

برخی از عضوهای قابل پیوند (با ذکر نام \_\_\_\_\_)

را برای بیماران نیازمند مورد استفاده قرار دهند.

آدرس: استان: \_\_\_\_\_ شهرستان/روستا: \_\_\_\_\_

خیابان: \_\_\_\_\_ کوچه: \_\_\_\_\_ پلاک: \_\_\_\_\_

تلفن منزل: \_\_\_\_\_ کدشهر: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_

کد پستی: \_\_\_\_\_

لطفا در کادر مربوطه جمله زیر را با خط خودتان نوشته، امضا کنید و اثر انگشت بزنید.

**وصیت می‌کنم تا پس از مرگ مغزی، اعضایم برای پیوند به بیماران نیازمند اعضای پیوندی، مورد استفاده قرار گیرد.**

تاریخ و امضاء

اثر انگشت

نام و امضای شاهد اول:

(ترجیحا از بستگان درجه اول)

آدرس و تلفن:

نام و امضای شاهد دوم:

(ترجیحا از بستگان درجه اول)

آدرس و تلفن:

