



供体详细信息

| | | | |
|-----------|-------------|--------|--|
| 宠物主人姓名 | (Mr/Mrs/Ms) | 电话号码 | |
| 地址 | | | |
| 宠物姓名/编号 | | 宠物品种 | |
| 宠物出生日期/年龄 | | 宠物体重 | |
| 宠物死亡日期 | | 宠物死亡原因 | |

| 医学 & 临床评估 | 是 | 否 |
|----------------------------|---|---|
| 无定期预防接种记录 | | |
| 目前患有恶性肿瘤或者有肿瘤病史 | | |
| 有系统性感染或者捐献部位局部性感染 | | |
| 有自身免疫性疾病或病史 | | |
| 最近接受过血液制品, 干细胞治疗或者接种过活病毒疫苗 | | |
| 吞食有毒物质 | | |
| 如有其它相关信息请填写: | | |

| 兽医师姓名 | 签名 | 日期 (DD/MM/YYYY) |
|-------|----|-----------------|
| | | |