

臺中榮民總醫院
器官(組織)捐贈個案轉介單

科 別：_____	病床號：_____
索引號：_____	性別：_____
姓 名：_____	
出生年月日：_____	

轉介日期	民國 年 月 日		
通報者	器官勸募移植協調師		通報者電話：
捐贈方式	<input type="checkbox"/> 腦死捐贈器官、組織 <input type="checkbox"/> 死後捐贈組織 <input type="checkbox"/> 撤除維生醫療後捐贈器官、組織		
捐贈者	身分證字號：	性別：	年齡：
擬捐贈之器官(組織)：			
最近親屬或緊急連絡人	姓名：	關係：	聯絡電話：
事故 發生時間	民國 年 月 日 ：		
事故 發生地點			
承辦員警			
預計第一次判定 腦死時間	民國 年 月 日 ：		
預計第二次判定 腦死時間	民國 年 月 日 ：		