

捐贈者查核表 Cadaveric donor checklist

器官 組織

捐贈者基本資料

醫院:	通報日期/時間	姓名:	分享代碼:
身份證:	性別/年齡:	生日(yr):	血型:
身高(cm):	體重(kg):	胸圍(cm):	回覆時間:

聯絡方式

通報者/身份: /	電話: (白) (晚)
家屬/電話: (1) / (2) /	同意書是否完整()

疾病狀況

診斷:	住院日期: / /
主治醫師:	過去病史:
手術術式:	手術日期: / /
入院 T/P/R/BP:	現在 T/P/R/BP:
抽煙:	喝酒:
2T 時間: / /	
呼吸器設定 Mode: TV: PC level: RR: FiO2: PEEP:	
特殊治療 Dopamine _____ Dobutamine _____ Epinephrine _____ Norepinephrine _____	

住院過程:

實驗室檢查

HLA typing: A____-____ B____-____ C____-____ DR____-____ DQ____-____

*Hepatitis markers: HBsAg _____ Anti-HBs _____ Anti-HBc _____ HBeAg _____ Anti-HBe _____

Anti-HCV _____ Anti-HDV _____ Others _____

Other serology:* Anti-HIV _____ *RPR _____ *Anti-HTLV _____ HSV-IgG _____ HSV-IgM _____

CMV-IgG _____ CMV-IgM _____ EB VCA-IgG _____ EB VCA-IgM _____ 器官捐贈加驗 COVID-19 _____

Toxoplasma IgG _____ Toxoplasma IgM _____ Others _____

影像學檢查(組織免填)

CXR (___/___/___): _____	ABD sonogram (___/___/___): _____
EKG (___/___/___): _____	Cardiac echo (___/___/___): EF ____%

血液檢查			生化檢查(組織免填)		
	入院時	最近		入院時	最近
*WBC (/mm ³)			GOT (U/L)		
Seg (%)			GPT (U/L)		
Band (%)			ALK-P (U/L)		
Mono (%)			Bil-T/D (mg/dl)		
Lym (%)			Alb (g/dl)		
Hb (/mm ³)			*CRP (g/dl)		
Hct (%)			BUN (mg/dl)		
PLT (x10 ³ /mm ³)			Cr (mg/dl)/eGFR		
PT (sec)			Glucose/HbA1C		
INR			CPK/MB (U/L)		
APTT (sec)			Troponin (ng/ml)		
尿液檢查(組織免填)			Amylase (U/L)		
WBC ____/HPF RBC ____/HPF Epi ____/HPF			Lipase (U/L)		
Protein ____ Nitrite ____ Glu ____ Other _____			Lactate (mg/dl)		
*病原菌培養			Na (ng/ml)		
*Blood culture (___/___/___): _____			K (mmol/l)		
Sputum culture (___/___/___): _____			Cl (mmol/l)		
Urine culture (___/___/___): _____			Ca(mg/dl)		
血液氣體分析(組織免填)					
入院時 (___/___/___-__:__): pH ____ PaO2 ____ PaCO2 ____ HCO3 ____ BE ____; FiO2 ____ PEEP ____					
最近 (___/___/___-__:__): pH ____ PaO2 ____ PaCO2 ____ HCO3 ____ BE ____; FiO2 ____ PEEP ____					
1 st 腦判 (___/___/___-__:__): pH ____ PaO2 ____ PaCO2 ____ HCO3 ____ BE ____; FiO2 ____ PEEP ____					
2 st 腦判 (___/___/___-__:__): pH ____ PaO2 ____ PaCO2 ____ HCO3 ____ BE ____; FiO2 ____ PEEP ____					
死後捐贈死亡時間: 年 月 日 時 分					
確認完成簽名/蓋章					
腎臟科總醫師_____ 協調師(他院通報)_____					
摘取醫師_____ 摘取醫師_____ 摘取醫師_____ 摘取醫師_____					
摘取醫師_____ 摘取醫師_____ 摘取醫師_____ 摘取醫師_____					
其它/備註:					

注:「*」為必填項目