

臺灣國家眼庫
潛在眼角膜捐贈者評估單

姓名：

身分證(護照)號碼：

出生年月日：

性別：

住院診斷：

過去病史：

血清檢驗結果：

HIV	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	Anti-HCV	S.T.S	HTLV-I, II

上列任一血清檢驗結果是否具血樣稀釋疑慮，且無法排除：否 是

其他角膜捐贈應排除禁忌症：

二週內曾發生或目前仍無法排除中樞神經系統感染：否 是

二週內曾發生或治療未完成之黴菌菌血症：否 是

不明原因疾病或不明原因中樞神經疾病：否 是

進行性非B型病毒肝炎(active non-B viral hepatitis)：否 是

未治療或完成治療未超過5年之白血病或其他散播性淋巴腫瘤：否 是

無有效藥物可控制疫病傳播之法定傳染病：否 是

半年內曾接受活性病毒治療特定疾病者(如：溶瘤病毒療法)：否 是

一年內曾接種狂犬病疫苗，或四週內曾接種其他種類減毒疫苗者：否 是

原蟲病感染：否 是

*為利捐贈眼角膜品質把關，評估日期距欲執行摘取日，應間隔小於一週。

評估日期：_____

評估者：_____ (所屬醫院) _____ (簽章)

眼科疾病史：

是否具進行性眼內發炎表徵？ 否 是(OD/OS)

是否具內生性眼部惡性腫瘤？ 否 是(OD/OS)

是否具可能影響移植成功率之先天或後天眼病變？ 否 是(OD/OS)

是否眼周皮膚具燒燙傷所致之不完整皮膚狀態？ 否 是(OD/OS)

***上述皆為眼角膜捐贈之禁忌症。**

曾接受眼手術： 否 是(OD/OS)，術式：_____ 無法得知

角膜評估：

Cornea

OD (clear zone _____mm) exposure keratopathy pterygium central stromal scars infiltration

OS (clear zone _____mm) exposure keratopathy pterygium central stromal scars infiltration

Anterior chamber

OD Deep/Clear hyphema hypopyon

OS Deep/Clear hyphema hypopyon

Lens

OD phakic pseudophakic aphakic

OS phakic pseudophakic aphakic

角膜是否具進行性感染表徵？ 否 是(OD/OS)

角膜是否因混濁水腫導致虹彩細節無法清楚辨識？ 否 是(OD/OS)

角膜光學區 7.0mm 內是否有肉眼可見之斑塊或疤痕？ 否 是(OD/OS)

評估結果：

OD 角膜適合捐贈 角膜不適合捐贈，原因_____

OS 角膜適合捐贈 角膜不適合捐贈，原因_____

***為利捐贈眼角膜品質把關，評估日期距欲執行摘取日，應間隔小於一週。**

評估日期：_____

評估醫師：_____ (所屬醫院) _____ (簽章)