

臺中榮民總醫院
器官組織摘取證明暨收受紀錄表

科別：_____	病床號：_____
索引號：_____	性別：_____
姓名：_____	
出生年月日：_____	

病人_____，身分證字號_____，確於民國____年____月____日
在臺中榮民總醫院暨合作醫院_____執行器官捐贈摘取手術，特此證明。

入手術室時間	年 月 日 時 分	主動脈阻斷時間	年 月 日 時 分
下刀時間	年 月 日 時 分	保存液灌注時間	年 月 日 時 分
捐贈摘取項目	摘取醫師	受贈醫院	器官/組織取下時間
<input type="checkbox"/> 心臟			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 肺臟			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 肝臟			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 腎臟(右)			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 腎臟(左)			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 胰臟			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 小腸			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 眼角膜/眼球(右)			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 眼角膜/眼球(左)			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 皮膚			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 骨頭/肌腱/韌帶			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 血管			年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 其他：_____			年 月 日 時 分

接受器官移植病患基本資料

捐贈摘取項目	姓 名	出生年月日	身分證字號
心臟			
肺臟			
肝臟(1)			
肝臟(2)			
腎臟(右)			
腎臟(左)			
胰臟			
小腸			
眼角膜/眼球(右)			
眼角膜/眼球(左)			
皮膚			
骨頭/肌腱/韌帶			
其他：_____			

中華民國

年

月

日