

人体器官潜在捐献者登记表

捐献编号: _____

所在医疗机构				科室	
姓名		性别		出生日期	
证件类型		证件号码			
住址	_____省(区/市)_____市(州)_____县(市/区)_____				
现所在地	_____省(区/市)_____市(州)_____县(市/区)_____				
住院号		血型	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> Rh 阴性 <input type="checkbox"/>		
疾病诊断					
疾病类型	脑血管意外 <input type="checkbox"/> 脑外伤 <input type="checkbox"/> 缺血缺氧性脑病 <input type="checkbox"/> 脑肿瘤 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
传染病情况	乙肝 <input type="checkbox"/> 丙肝 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 艾滋病 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
病人状况	深度昏迷 <input type="checkbox"/> 无自主呼吸 <input type="checkbox"/>				
其他情况	交通事故 <input type="checkbox"/> 刑事案件 <input type="checkbox"/> 工伤事故 <input type="checkbox"/> 其他意外事故 <input type="checkbox"/>				
亲属关系状况	配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
本人捐献意愿	志愿登记同意 <input type="checkbox"/> 书面同意 <input type="checkbox"/> 口头同意 <input type="checkbox"/> 未表示不同意 <input type="checkbox"/>				
主要亲属			与潜在捐献者关系		
信息来源	医疗机构 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 公安 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
人体器官获取组织	海南省人体器官获取组织				
报告人签字			联系电话		

人体器官捐献亲属确认登记表

捐献编号：_____

姓名		性别		出生日期		民族	
学历		职业		籍贯		国籍	
证件类型		证件号码					
亲属姓名		关系		身份证号			
住址	_____省(区/市)_____市(州)_____县(市/区)_____						
现居住地				手机			
亲属关系确认	配偶 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 成年子女 <input type="checkbox"/> (人) 受托人 <input type="checkbox"/> 主要亲属/受托人确认签字：						
捐献决定	我(们)已知悉捐献的相关法律法规及规定，同意并代表捐献者做出逝世后 自愿、无偿 捐献决定：(同意打“v”不同意打“x”) 肝脏 <input type="checkbox"/> 肾脏 <input type="checkbox"/> 心脏 <input type="checkbox"/> 肺脏 <input type="checkbox"/> 胰腺 <input type="checkbox"/> 小肠 <input type="checkbox"/> 眼角膜 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 同意上述所捐用于临床医疗、医学教学和科学研究。						
亲属确认	签字：_____ 与捐献者关系：_____ 印章(或手印)：_____						
人体器官获取组织	海南省人体器官获取组织				负责人签字		
协调员签字	1. _____ 2. _____			签署日期			