附件1

人体器官潜在捐献者登记表

 捐献编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在医疗机构 |  | 科 室 |  |
| 首诊医疗机构 |  | 科 室 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 国 籍 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 住 址（与身份证一致） |  省（区/市） 市（州） 县（市/区）  |
| 现居住地 |  省（区/市） 市（州） 县（市/区）  |
| 住院号 |  | 血型 | A □ B □ O □ AB □ Rh阴性 □ |
| 疾病诊断 |  |
| 疾病类型 | 脑血管意外 □ 脑外伤 □　 缺血缺氧性脑病 □ 　脑肿瘤 □　心血管疾病 □　 其他 　 　 |
| 传染病情况 | 乙肝 □ 丙肝 □ 梅毒 □ 艾滋病 □ 其他  |
| 病人状况 | 深度昏迷 □　 无自主呼吸 □ |
| 其他情况 | 交通事故 □ 刑事案件 □ 工伤事故 □ 其他意外事故 □ |
| 本人捐献意愿 | 登记同意 □ 书面同意（遗嘱）□ 未表示不同意 □ |
| 亲属关系状况 | 配偶 □　 子女 □ 父亲 □　 母亲 □ 其他  |
| 主要亲属 |  | 与潜在捐献者关系 |  |
| 信息来源 | 红十字会 □ 医疗机构 □　亲属 □　交通 □　公安 □　其他  |
| 人体器官获取组织 |  |
| 报告人签字 |  | 联系电话 |  | 报告日期 |  年 月 日 |

案例报告系统需上传资料：1.《人体器官潜在捐献者登记表》（原始签字表）；2. 潜在捐献者法定身份证件照片或复印件；3. 潜在捐献者疾病诊断资料复印件等。