附件2

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 |  | 国籍 |  |
| 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□ B□ 0□ 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□ | | | | | | |
| 亲属关系  状况 | 配偶□　 子女□　 父亲□　 母亲□ 其他 | | | | | | |
| 本人捐献  意愿 | 志愿登记同意□ 书面同意□ 口头同意□ 未表示不同意□ | | | | | | |
| 主要亲属 |  | | | 与潜在捐献者关系 | |  | |
| 信息来源 | 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 | |  | |