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 |  |