附件3

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□ 父亲□ 母亲□ 成年子女□（ 人） 受托人□**  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“√”不同意打“X”）  **肝脏□ 肾脏□ 心脏□ 肺脏□ 胰腺□ 小肠□ 眼角膜□**  **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 |  | | | | | 负责人  签字 | | |  |
| 协调员签字 | 1． 2． | | | | | 签署日期 | | |  |