

(附表六)

移植器官緊急運送申請表

申請時間： 年 月 日 時 分

申請醫院

醫院名稱	單位主管	負責醫師	聯絡電話
此次任務之 申請原因	<input type="checkbox"/> 前往器官捐贈醫院，醫院名稱： ；縣市別：		
	<input type="checkbox"/> 返回器官移植醫院，醫院名稱： ；縣市別：		
摘取器官之 種類	<input type="checkbox"/> 肺臟 <input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 肝臟 <input type="checkbox"/> 胰臟 <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 骨髓 <input type="checkbox"/> 骨骼 <input type="checkbox"/> 眼角膜 <input type="checkbox"/> 其他____		
隨機摘取器 官之人員（ 職稱、姓名）			
擬搭機時間			

接受器官移植病患基本資料：

姓名	性別	出生年月日	身分證統一編號
臨床 診斷			

姓名	性別	出生年月日	身分證統一編號
----	----	-------	---------

臨床 診斷			

姓名	性別	出生年月日	身分證統一編號
臨床 診斷			