

器官捐贈同意書

宣導機構：_____

影像歸檔碼_____

本人瞭解醫療有其極限，而愛心可以延續，經閱讀、知悉後列說明後，願意簽署器官捐贈同意書，並將此意願註記於健保卡，於生命之盡頭，捐贈可用器官，讓其他需要的病人能因此而獲得重生機會。

(以下欄位有*標示者為必填)

必填

* 簽署人：_____ (敬請親自以正楷書寫) * 簽署日期：民國_____年_____月_____日

* 出生日期：民國_____年_____月_____日

* 國民身分證統一編號：_____ * 聯絡電話：_____

* 聯絡地址：_____

* 法定代理人姓名及國民身分證統一編號 (簽署人未滿20歲，方須由法定代理人正楷書寫)：

(姓名) _____ ; (國民身分證統一編號) _____

本人 希望 不希望 獲得器官捐贈同意卡。(如未勾選，視同「不希望」) 卡號：_____ (工作人員填寫)

簽署的原因？(例：我覺得這很有意義) _____

給家人的話(例：希望家人可以尊重我的決定)：_____

願意捐贈器官(組織)項目：(可複選)

全部捐贈； 心臟； 肺臟； 肝臟； 胰臟； 腎臟； 小腸； 眼角膜； 皮膚； 骨骼； 心瓣膜； 血管

說明事項：

- 一、依人體器官移植條例之規定，器官捐贈必須為無償之行為，且器官之摘取，應於病人之診治醫師判定死亡後為之(含腦死判定)，如病人為非病死或疑似為非病死者，必須於依法相驗完畢後，且經檢察官認無繼續勘驗之必要後，才能施行。
- 二、另依人體器官移植條例第六條之規定，醫師自往生者遺體摘取器官以供移植，須符合下列規定之一：
(一) 往生者生前以書面(如本同意書)或遺囑同意。(二) 往生者最近親屬以書面同意。
- 三、您簽署的器官捐贈同意書，將依人體器官移植條例第六條規定，加註於健保卡並掃描存儲於「衛生福利部安寧療護及器官捐贈意願資訊系統」；如醫院、醫師遇有病人經診斷其病情於近期内進行至死亡已不可避免，且該病人無法清楚表達意識之情況下，將以此作為決定器官捐贈之依據，並可讓家屬充分瞭解病人生前之意願，醫院、醫師絕不會因知悉此捐贈意願而不施予必要治療。
- 四、捐贈者如患無法控制的感染性疾病，如後天免疫缺乏症候群(Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS; 俗名「愛滋病」)、庫賈氏病(Creutzfeldt-Jakob Disease, CJD)……等等，為避免因器官移植而傳染給受贈者，醫院、醫師得不接受病人之器官捐贈。
- 五、您所表達之器官捐贈意願，可隨時查詢或撤回。如欲查詢或撤回該意願，可聯絡「衛生福利部安寧療護及器官捐贈意願資料處理小組」協助處理，電話：02-23582186。
- 六、本資料僅供器官捐贈意願表達使用，將依個人資料保護法，善盡保密之責任。

希望您能提供下列訊息，做為本中心辦理器官捐贈宣導之參考：

教育程度： 國中及以下 高中/高職 大學/專科 研究所以上

職業： 軍 公 教 商 技術及事務工作人員 家管

自由業 學生 其他

宗教： 無 佛教 道教 基督教 天主教 其他

器官捐贈訊息獲得之管道(可複選)：

醫院宣導 衛生機關宣導 捐血活動 社團活動 報章雜誌 親朋好友 電視 網路 廣播 宣導單張 其他

如您日後願意收到器官捐贈相關電子刊物，惠請提供電子郵件信箱。

電子郵件信箱：_____

★ 本文件填妥後請對摺郵寄至本中心辦理(以傳真或電子郵件寄送者均屬無效)謝謝您！

本欄由登錄中心填寫

收件日期：

登錄日期：