

人工生殖資料通報及管理辦法第七條附表二

附表二

生殖細胞捐贈人健康檢查及評估通報表

一、機構名稱：_____ 機構代碼：□□□□□

二、捐贈人資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

6. 病歷號碼：_____

三、捐贈者自填資料

1. 膚色：1.黃人 2.白人 3.黑人 4.棕色人 9.其他_____

2. 頭髮顏色：1.黑色 2.棕色 3.金黃色 4.紅色 9.其他_____

3. 是否有靜脈注射藥物的習慣？ 0.否 1.是

4. 性對象中是否有愛滋病之危險群者？ 0.否 1.是 9.不知道

5. 在最近六個月內是否有多於一個的性對象？ 0.否 1.是

6. 在最近六個月內是否出現小便困難？ 0.否 1.是

7. 在最近六個月內是否出現尿道分泌物？ 0.否 1.是

8. 在最近六個月內是否出現生殖器潰瘍？ 0.否 1.是

*9. 染色體異常病史 0.無 1.有 *10. 血友病病史 0.無 1.有

*11. 癲癇 0.無 1.有 12. 侏儒症 0.無 1.有

13. 先天性耳聾 0.無 1.有 14. 馬凡氏症候群 0.無 1.有

15. 色盲家族病史 0.無 1.有 16. 其他遺傳疾病 0.無 1.有

17. 本人或四親等以內家屬是否領有身心障礙手冊？

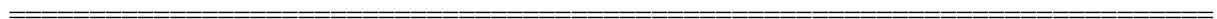
0.否 1.是：關係：_____ 障礙類別：_____ 障礙等級：_____ 發生原因：_____

18. 本人或四親等以內血親是否患有遺傳性疾病？0.否 1.是：關係：____ 疾病名稱：_____

19. 本人是否領有重大傷病卡？0.否 1.是 疾病名稱：_____

以上所寫均屬事實，如有虛設偽造願負一切法律責任 捐贈人簽名及蓋章：_____

填表日期：____年____月____日



四、健康評估項目【由機構填寫】

一般生理檢查：無 有

精神性疾病：無 有

傳染性疾病：

*愛滋病無 有 檢查項目：_____

*梅毒 無 有 檢查項目：_____

*淋病 無 有 檢查項目：_____

B 型肝炎表面抗原無 有 檢查項目：_____

C 型肝炎 無 有 檢查項目：_____

其他重要疾病：

糖尿病 無 有 檢查項目：_____

海洋性貧血 無 有 檢查項目：_____

披衣菌感染 無 有 檢查項目：_____

子宮頸抹片檢查 結果：_____

其他（請註明）_____

ABO blood type 結果：_____

RH (+) or (-) 結果：_____

五、健康檢查及評估結果：1.適合捐贈 2.不適合捐贈，原因：_____

以上問題已經向捐贈人問診並說明相關權利義務，並取得其瞭解及書面同意

醫師：_____

完成評估日期：____年____月____日

收到日期：____年____月____日

收件人_____

註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

注意事項：

一、標有*者為絕對禁止捐贈之疾病。

二、本表應於評估完成之日起十四日內以掛號郵寄主管機關（以郵戳為憑），第二聯由機構自存。