

附表三

捐贈生殖細胞施術結果通報表

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、性別： 1.男 2.女

三、捐贈生殖細胞取得情形
 精子，取得日期：____年____月____日，
 再次完成 HIV 檢查日期：____年____月____日，檢查結果： 陰性 陽性
 是否由精子保存庫轉贈？ 1.是 2.否
 卵子，取得日期：____年____月____日

四、施術（植入）日期：____年____月____日

五、受術妻資料：
 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：□□□□□□□□□□

六、受術夫資料：
 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：□□□□□□□□□□

七、本次施術後是否仍有捐贈人生殖細胞或以捐贈人之生殖細胞形成之胚胎儲存？
 0.已無儲存
 1.仍有儲存，儲存類別： 精子 卵子 胚胎

八、本次施術方式：
 1.體外受精及胚胎植入 2.精卵植入術 3.受精卵／胚胎輸卵管植入術
 4.人工授精（冷凍精） 5.冷凍胚胎

九、本次受術妻施術後十二週內之結果：
 1.未受孕 2.懷孕中 3.已受孕但流產 4.其他（請註明）：_____

通報日期：____年____月____日 施術醫師：_____

收到日期：____年____月____日 收件人：_____（第一聯）

十、本次受術妻懷孕結果： 1.子宮外孕 2.流產 3.死胎或死產 4.活產 5.其他（請註明）：
 發生日期：____年____月____日

活產嬰兒資料			
出生日期：____年____月____日		妊娠週數：_____週	
胎數： <input type="checkbox"/> 1.單胞胎 <input type="checkbox"/> 2.雙胞胎 <input type="checkbox"/> 3.多胞胎（請依出生順序填寫下列新生兒資料）			
性別	體重	健康情況	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	約_____公克	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 畸形
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	約_____公克	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 畸形
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	約_____公克	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 畸形
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	約_____公克	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 畸形

通報日期：____年____月____日 施術醫師：_____

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：本表第一聯應於施術日起十二週內通報，第二聯應於預產日起兩個月內以掛號郵寄主管機關（以郵戳為憑），第三聯由機構自存，

（第二聯）（第三聯）