


記錄表單	版次	—	組織庫存放檢體申請單	頁碼/頁數	1/1
文件編號	MMH-AP-QR-P012			編訂日期	2012/02/01



## 馬偕紀念醫院組織入庫 (Tissue Bank) 申請單

(month / day / year)  
日期：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Am/Pm

病人姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_ 床號：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_

組織來源：\_\_\_\_\_

臨床診斷：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※ 必備附件： IRB 同意臨床試驗證明書：案號：\_\_\_\_\_ 有效期限：\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日止

IRB 核准之【研究用人體檢體採集及使用受試者同意書】

計劃主持人/手術醫師：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

**本欄由 Tissue Banker 填寫**

	Tissue Bank 號碼	收集方式及標示		醫師	備註
1		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
2		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
3		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
4		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
5		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
6		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
7		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
8		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
9		<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> tube	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		

※ 備註：OCT – 組織塊      tube – 錐形管

Tissue Banker：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Am/Pm