

新型冠狀肺炎 (COVID-19) 剩餘檢體捐贈同意書

茲本人經衛生機關通報或因_____原因至高雄醫學大學附設中和紀念醫院檢驗新型冠狀肺炎 (COVID-19)。

◆本人瞭解：

檢驗過程中須自本人身體採集相關檢體，以提供醫院檢驗流程使用。同時未來如須為本人健康進行進一步醫療處置，願為公共衛生與傳染病防治提供協助。

◆本人聲明：

1. 醫師已向我完整解釋，我已瞭解採檢的必要性、步驟、風險、檢驗成功率等相關資訊。
2. 我已同意_____部門對我的身體進行採集檢體，並對檢體進行相關檢驗。
3. 針對我個人情況、採檢之進行等，我已經向醫師及相關醫護人員提出問題和疑慮，並已獲得完整說明。
4. 我瞭解並同意採檢過程中，可能取得本人包含：鼻咽或咽喉擦拭液、痰液、唾液、血液等檢體；我同意醫院保留本人檢體、進行新型冠狀肺炎 (COVID-19) 檢驗、檢查與提出相關報告等；檢驗後如有剩餘檢體，亦無條件同意提供高雄醫學大學及附設中和紀念醫院與高醫體系各醫院進行相關研究，以造福人群。
5. 我瞭解高醫及體系各醫院將遵守保密義務，並將依法保存檢體，之後將會審慎依法處理檢體。

基於上述聲明，本人同意進行本次採檢。

◆醫療人員補充說明/病人提出之疑問及解釋：

說明醫療人員：_____ (簽章)

西元 20____年____月____日____時____分 (採 24 小時制)



新型冠狀肺炎 (COVID-19) 剩餘檢體捐贈 同意書

立同意書人：_____ (簽章) 身分證字號：_____

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他(_____)
西元 20____年 ____月 ____日 ____時 ____分 (採 24 小時制)

見證人 1：_____ (簽章) 身分證字號：_____

見證人 2：_____ (簽章) 身分證字號：_____

西元 20____年 ____月 ____日 ____時 ____分 (採 24 小時制)

備註：如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人免填。
若病人意識清楚，但無法簽名且無其他親屬或關係人在場可簽署時，
得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人在場見證，
本醫院所屬人員不宜為見證人。

