皮膚外觀評估表

個人資料

姓名：_____摘取醫院：_____勸募醫院：_____

捐贈者辨識：❑ 病歷辨識帶 ❑ 其他 (請敘述) _____

身體特徵（例如年齡、性別、身高、體重、與死因相關的體徵）與相關醫療記錄一致。❑ 是 ❑ 否 (如回答「否」，請在執行摘取大體皮膚前聯繫皮庫負責人。)

摘取地點是否為手術室：❑ 是 ❑ 否，地點為_____

填表人簽名：_____日期/時間：_____

捐贈外觀評估

身高：_____公分 ❑ 預估 ❑ 實際測量，報告記錄來源：_____

體重：_____公斤 ❑ 預估 ❑ 實際測量，報告記錄來源：_____

皮膚狀況：❑ 優良 ❑ 普 ❑ 不好，描述原因：_____

是否有以下情形？（如有，請描述情形）

❑ 無 摘取區有無創傷/感染 ❑ 有，描述_____

❑ 無 皮疹/結痂/皮膚病變（非生殖器） ❑ 有，描述_____

❑ 無 藍色/紫色（灰色/黑色）斑點/病變 ❑ 有，描述_____

❑ 無 非醫療注射部位 ❑ 有，描述_____

❑ 無 淋巴結腫大/異常 ❑ 有，描述_____

❑ 無 生殖器病變 ❑ 有，描述_____

❑ 無 肛周病變或肛門外傷 ❑ 有，描述_____

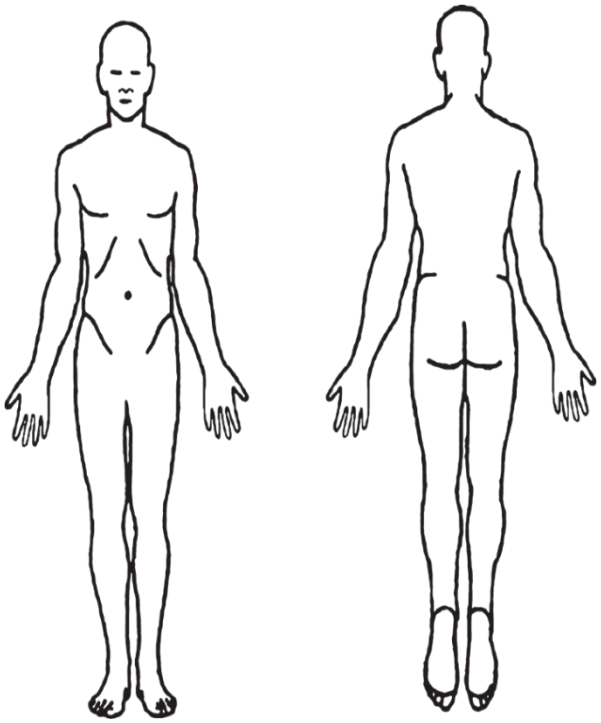
❑ 無法評估_____

❑ 無 紋身/穿孔 ❑ 有，描述_____

外觀評估者(簽名)：_____日期/時間：_____

簽核

皮庫技術人員	品質主管 CQO	醫學主管 CMO
簽章：	簽章：	簽章：
職稱：	職稱：	職稱：
日期/時間：	日期/時間：	日期/時間：



❑ 無以下情形

若有以下情形，請將代號填入示意圖部位	
A. 磨損 B. 瘀傷/挫傷/血腫 C. 石膏/副木 D. 敷料/繃帶 E. ET管/NG管 F. 骨折/錯位 G. 點滴 H. 身份標籤 I. 撕裂傷/傷口 J. 進針部位 K. 器官恢復切口	L. 身體穿孔（需要說明） M. 導尿管 N. 皮膚損傷（需要描述） O. 疤痕（手術/創傷） P. 皮疹 Q. 捐眼 R. 紋身—需要說明（如果懷疑是新的，也請註明） S. 妊娠紋 T. 痣 U. 其他_____

外觀評估者(簽名)：_____日期/時間：_____

簽核		
皮庫技術人員	**品質主管 CQO**	**醫學主管 CMO**
簽章： 職稱： 日期/時間：	簽章： 職稱： 日期/時間：	簽章： 職稱： 日期/時間：

捐贈者檢驗報告查核表

捐贈者：	身分證（護照）號碼：
出生日期：	性別：
捐贈日期：	年齡：
死亡診斷：	過去病史：
備註：	
檢驗日期/時間：	

1. 後天人類免疫缺乏病毒 Anti-HIV □positive □negative
2. B 型肝炎病毒 HBsAg □positive □negative
   Anti-HBs □positive □negative
   Anti-HBc □positive □negative
3. C 型肝炎病毒 Anti-HCV □positive □negative
4. 梅毒螺旋菌 S.T.S (VDRL/RPR) □positive □negative
5. 人類嗜 T 淋巴球病毒 Anti-HTLV I+II □positive □negative □pending
6. Blood type:

填表人簽名：_____日期時間_____

捐贈者行為史調查

	是	否
1.	□	□五年內有男男性交。
2.	□	□五年內有非醫療需求之注射行為。
3.	□	□五年內有性交易。
4.	□	□一年內和 HIV、HBV 及 HCV 陽性患者性交。
5.	□	□一年內曾入獄。
6.	□	□一年內使用共同針具刺青。
7.	□	□不明原因失智。

是 否

8. ☐ ☐注射腦下垂體荷爾蒙治療。

9. ☐ ☐進行性腦炎或腦膜炎。

10.☐ ☐六個月內被可能有狂犬病的動物咬傷。

填表人簽名：_____日期時間_____

簽核		
皮庫技術人員	**品質主管 CQO**	**醫學主管 CMO**
簽章：	簽章：	簽章：
職稱：	職稱：	職稱：
日期/時間：	日期/時間：	日期/時間：

捐贈者編號：_____

捐贈者資料		
姓名：	性別：	身分證（護照）號碼：
病歷號：		捐贈醫院：
摘取醫院：		摘取地點：
捐贈醫院地址：		
死亡日期時間：		
大體皮膚摘取團隊紀錄		
出發時間:		抵達捐贈醫院時間:
開始摘取時間：		結束摘取時間：
回程時間：		返室時間：
出勤人員/職務： 1. 2. 3.		
耗材使用記錄		
手術器械滅菌效期：		滅菌完成：
取皮機滅菌效期：		取皮刀片使用數量：
刀片有效期限： 刀片製造批號： 刀片製造商：		
夾鏈袋使用：_____ 個		批號： 製造商： 有效日期：
消毒液：_____ ML (2% Chlorhexidine Gluconate)		批號： 製造商： 有效日期：

紀錄編號：FM-07-02-01-2026-__ __ __

75%酒精：_____ ML	批號： 製造商： 有效日期：
石蠟油（甘油）使用量：_____ ML	批號： 製造商： 有效日期：
0.9%生理食鹽水使用量：_____ ML	批號： 製造商： 有效日期：
紗布：_____ 個	紗布 型號： 批號： 製造商： 有效日期：

摘取皮膚紀錄

勾選摘取部位：

☐1. 前側雙下肢☐2.前側軀幹☐3. 前側雙上肢

☐4. 後側雙下肢☐5.後側軀幹☐6.後側雙上肢

摘取順序（填寫數字）：

未摘取部位（填寫數字）：

未摘取原因：

預估面積：_____片_____cm2

結束摘取後紀錄

☐確認每部位包裝皆有標示捐贈者識別標籤

☐每部位包裝袋完整無破損，維持在無菌環境

☐每部位已採檢

運送過程
☐運送包裝外已標明「大體皮膚」及捐贈者識別標籤 ☐運送包裝已標示摘取醫院及送達地點 ☐是否放置在適當溫度環境並記錄 ☐無菌包裝無破損，維持在無菌環境 填表人簽名：_____日期時間_____

簽核

皮庫技術人員	品質主管 CQO	醫學主管 CMO
簽章： 職稱： 日期/時間：	簽章： 職稱： 日期/時間：	簽章： 職稱： 日期/時間：

捐贈皮膚組織接收單

捐贈者姓名：	身分證（護照）號碼：
出生日期：	性別：

摘取醫院：_____醫院，醫師：_____(簽名)

交付皮膚：_____ cm^2

微生物培養

微生物培養共_____管

第一次採檢時機：❑製作過程前　❑其他，_____

採檢部位：□前側下肢□前側軀幹□前側上肢□後側下肢□後側軀幹□後側雙上肢

未採檢部位：□前側下肢□前側軀幹□前側上肢□後側下肢□後側軀幹□後側雙上肢

原因：_____

採檢方式：❑使用採檢棒大面積擦拭❑其他_____

點交過程

是　否

☐　☐確認每部位包裝皆有標示捐贈者識別標籤

☐　☐每部位包裝完整無破損，維持在無菌環境

☐　☐交付每部位採檢管

交付人員簽名：_____　日期時間：_____

接收人員簽名：_____　日期時間：_____

運送過程

是　否

☐　☐運送包裝外已標明「大體皮膚」及捐贈者識別標籤

☐　☐運送包裝已標示摘取醫院及送達地點

☐　☐是否放置在適當溫度環境並記錄（溫度應記錄於低溫冰桶溫度記錄表）

是　否

☐　☐無菌包裝無破損，維持在無菌環境

運送人員簽名：_____　日期時間：_____

紀錄編號：FM-07-02-02-2026-＿＿＿

返回皮庫後大體皮膚處理方式

☐冷藏保存（日期時間：　　至　　）

☐直接處理

☐丟棄 原因_____

填表人簽名：_____ 日期時間：_____

簽核		
皮庫技術人員	**品質主管 CQO**	**醫學主管 CMO**
簽章： 職稱： 日期/時間：	簽章： 職稱： 日期/時間：	簽章： 職稱： 日期/時間：

	低溫儲存桶使用與溫度記錄表		頁次 Page 1 of 1
	文件編號：FM-07-02-03	版次 V1.0	生效日期： 2024/07/23

運送日期			**皮庫點交人員**		
開始時間 (0 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (0.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (1 小時)	溫度記錄
運送時間 (1.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (2 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (2.5 小時)	溫度記錄
運送時間(3 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (3.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (4 小時)	溫度記錄
運送時間 (4.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (5.5 小時)	溫度記錄
運送時間(6 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (6.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (7 小時)	溫度記錄
運送時間 (7.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (8 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (8.5 小時)	溫度記錄
運送時間(9 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (9.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (10 小時)	溫度記錄
運送時間 (10.5 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (11 小時)	溫度記錄	**運送**時間 (11.5 小時)	溫度記錄
運送時間			**醫院點交人員**		
皮庫自送 加填項目	冰桶型號： 保冰劑編號：		使用前冰存超過八小時：□是　□否		

運送員簽名：

紀錄編號：FM-07-02-03-2026-＿＿＿