富山大学附属病院臨床倫理委員会審査申請書（臓器提供）

 平成　　年　　月　　日

附属病院長　殿

申請者

所属

職名

氏名 　　　　　　　　　　　　　　 印

TEL(内線)：

E-mail：

受　付　番　号：

|  |  |
| --- | --- |
| 1 診療科長等 |  所属・職名・氏名 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 2 臨床経過など | 【対象患者の年齢・性別】 |
| 【診断名】 |
| 【病歴と治療状況】 |
| 3　児童安全保護委員会 | 【委員会報告】添付　議事録　資料 |
| 4 脳死とされる状態の確認 | 【家族に対して脳死判定及び臓器提供について説明を行った医師の氏名】（複数である場合は全員） |
| 【家族に対して法的脳死判定及び臓器提供について説明を行なった移植コーディネーターの氏名】（複数である場合は全員） |
| 【説明を受けた家族の氏名（続柄）】（複数である場合は全員） |
| 【判定内容について】 |
| 【臓器提供の意思の確認とその客観性】＊臓器移植カードによる確認、その他対象患者の意思とその確認方法・確認日時、代諾者の意思とその確認方法・確認日時について具体的に記載して下さい。＊代諾者の意思と対象患者の意思が異なる場合を含め、どこまで関係者の意思が確認できているかについて記載して下さい。＊移植コーディネーターによる確認内容についても記載して下さい。 |
| 5 その他法的、倫理的、経済的問題点 |  |