病歷資料傳送同意書

（轉診評估用）

病人姓名 _____　身分證字號 _____

出生日期 _____年_____月_____日　主治醫師 _____

原診治醫院 _____　科別 _____

本人經原診治醫院（以下稱原醫院）醫療團隊說明，已了解下列事項，並同意：

一、 由原醫院之治療團隊成員（醫師、護理師或個案管理師），將本人之病歷資料透過「成大醫院血液科轉診平台」，傳送至國立成功大學醫學院附設醫院（以下稱成大醫院）血液科、小兒血液科及造血幹細胞移植及細胞治療團隊，供評估本人是否適合接受細胞治療（如 CAR-T）、造血幹細胞移植、參加臨床試驗或其他後續治療。

二、 傳送之病歷資料包括：本人之姓名、身分證字號、出生日期等識別資料，以及病理、檢驗、影像報告、治療與用藥紀錄等與評估有關之病歷內容。

三、 上述資料僅供轉診評估及後續診療聯繫使用。平台以加密方式傳輸與保存；上傳之病歷檔案自送出起 14 天後自動刪除，識別資料與轉診填答內容由成大醫院團隊保存，僅限院內網路存取。原醫院人員得隨時刪除本次傳送之資料。成大醫院團隊人員依醫療法及個人資料保護法負保密義務。

四、 本人得隨時向原醫院表示撤回本同意，撤回不影響撤回前已完成之傳送與評估。是否同意，不影響本人在原醫院應享有之醫療照護權益。

收受單位：國立成功大學醫學院附設醫院 造血幹細胞移植及細胞治療團隊

立同意書人（病人）簽名 _____　日期 _____年_____月_____日

（病人無法親自簽名時）

法定代理人／代理人簽名 _____　與病人關係 _____　電話 _____

說明人（原醫院治療團隊）姓名 _____　職稱：☐ 醫師　☐ 護理師　☐ 個案管理師

說明人簽名 _____　日期 _____年_____月_____日

附註

1. 病人未成年、受監護宣告或無法親自簽名時，由法定代理人或代理人簽署。
2. 本同意書正本由原醫院留存；請將簽署後之同意書掃描或拍照，上傳至轉診平台（文件類型選「病人同意書」）。
3. 本文件為範本，原醫院得依其規定調整格式或內容。