

不可接受檢體辨認責任書

	檢體	檢驗申請單
病人資料	病人姓名：_____ 年齡：__	病人姓名：_____ 性別：__ 年齡：__
	病歷號碼：_____	病歷號碼：_____
	病房號碼：_____	病房號碼：_____
	檢體種類：_____	檢體種類：_____
問題描述	發生日期：__年__月__日；時間：__時__分	
	檢體種類	<input type="checkbox"/> 侵襲性技術採取 <input type="checkbox"/> 非侵襲性技術採取(例外者敘述於註釋欄)
	錯誤原因	<input type="checkbox"/> 檢體無標籤 <input type="checkbox"/> 檢體與檢驗申請單資料不符
		<input type="checkbox"/> 提供資料不完整 <input type="checkbox"/> 掛號錯誤 <input type="checkbox"/> 其他：
註釋：		
責任書簽署	此檢體是取自：	
	病人姓名：_____ 病歷號碼：_____	
	本人願負全責證明此檢體已經正確辨識，確認為上述病人之檢體	
	日期：__年__月__日；時間：__時__分 簽署人全名/職稱：_____	

正本由實驗室存檔

不可接受檢體辨認責任書

	檢體	檢體申請單
病人資料	病人姓名：_____ 年齡：__	病人姓名：_____ 性別：__ 年齡：__
	病歷號碼：_____	病歷號碼：_____
	病房號碼：_____	病房號碼：_____
	檢體種類：_____	檢體種類：_____
問題描述	發生日期：__年__月__日；時間：__時__分	
	檢體種類	<input type="checkbox"/> 侵襲性技術採取 <input type="checkbox"/> 非侵襲性技術採取(例外者敘述於註釋欄)
	錯誤原因	<input type="checkbox"/> 檢體無標籤 <input type="checkbox"/> 檢體與檢驗申請單資料不符
		<input type="checkbox"/> 提供資料不完整 <input type="checkbox"/> 掛號錯誤 <input type="checkbox"/> 其他：
註釋：		
責任書簽署	此檢體是取自：	
	病人姓名：_____ 病歷號碼：_____	
	本人願負全責證明此檢體已經正確辨識，確認為上述病人之檢體	
	日期：__年__月__日；時間：__時__分 簽署人全名/職稱：_____	

資料來源: PLM-QP-701 檢體簽收、標示、處理及運送作業程序