

國立清華大學生命科學暨醫學院之無主大體採檢體作業及個人資料保存流程要點

民國113年10月30日大體老師勸募中心修訂

1. 臺北市醫學院教學遺體聯絡中心通知本校承領無主大體。
2. 無主大體依據臺北市政府社會局辦理安置身分不明及無依之身心障礙者作業要點辦理。
3. 大體捐贈依本校遺體捐贈作業準則辦理。
4. 防腐作業依本校防腐作業流程辦理。
5. 防腐進行前於股動脈處採集股直肌、指甲。
6. 放至組織瓶內。
7. 組織瓶上貼大體老師之資訊：
 - (一) 臺北市醫學院教學遺體聯絡中心之大體編號_姓名_身分證號。
 - (二) 本校大體老師學科編號。
 - (三) 死亡證書編號。
8. 將組織瓶放至裝有冰塊之保溫袋中。
9. 隨檢體一併附上：
 - (一) 臺北市各醫學院教學遺體聯絡中心血清證物案件送驗單。(範本如附件一)
 - (二) 身份證明之影本(如：健保卡、身心障礙證明)。
 - (三) 臺北市醫學院教學遺體聯絡中心公文影本。
6. 親送至法務部法醫研究所完成建檔。
7. 填寫臺北市醫學院教學遺體聯絡中心屍體來歷資料及指紋卡。
8. 拍大體老師五官正面照及左右手指紋按壓於指紋卡上。
9. 此資料須保存於本校解剖教學研究暨大體老師勸募中心。

臺北市各醫學院教學遺體聯絡中心血清證物案件送驗單

修訂日期：112年01月09日

受文者：法務部法醫研究所

中華民國 年 月 日

茲檢送 年度 字第 號案檢體乙批，相關資料如下表：

死者資料	姓名：	年齡：	性 別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	醫剖 字號		股
疑似死亡型態	<input type="checkbox"/> 水流屍 <input type="checkbox"/> 溺斃 <input type="checkbox"/> 上吊 <input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 自焚 <input type="checkbox"/> 刺殺 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 姦殺 <input type="checkbox"/> 槍擊 <input type="checkbox"/> 鬥毆 <input type="checkbox"/> 毒品濫用 <input type="checkbox"/> 藥物濫用 <input type="checkbox"/> 酒精中毒 <input type="checkbox"/> 農藥中毒 <input type="checkbox"/> 醫療糾紛 <input type="checkbox"/> 一氧化碳中毒 <input type="checkbox"/> 其他_____						
疑似死亡方式	<input type="checkbox"/> 自然死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 偵查中						
案情概述							
委鑑項目	<input type="checkbox"/> 身分不詳者（無名屍）比對 <input type="checkbox"/> 精斑檢驗 <input type="checkbox"/> DNA親緣鑑定 <input type="checkbox"/> 證物鑑定 <input type="checkbox"/> DNA建檔 <input type="checkbox"/> 矽藻檢驗 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
送驗檢體	<input type="checkbox"/> 骨骼 _____ 瓶(塊) <input type="checkbox"/> 牙齒 _____ 顆 <input type="checkbox"/> 組織 _____ 瓶 <input type="checkbox"/> 血液 _____ 瓶(ml) <input type="checkbox"/> 尿液 _____ 瓶(ml) <input type="checkbox"/> 陰道棉棒 _____ 支 <input type="checkbox"/> 肛門棉棒 _____ 支 <input type="checkbox"/> 口腔棉棒 _____ 支 <input type="checkbox"/> 其他：_____	矽藻檢驗： <input type="checkbox"/> 蝶竇液 _____ 瓶 <input type="checkbox"/> 肺臟 _____ 瓶 <input type="checkbox"/> 骨骼 _____ 瓶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	親屬檢體：(我是死者的○) 姓名： _____ () <input type="checkbox"/> 口腔棉棒 _____ 支 姓名： _____ () <input type="checkbox"/> 口腔棉棒 _____ 支 姓名： _____ () <input type="checkbox"/> 口腔棉棒 _____ 支 姓名： _____ () <input type="checkbox"/> 口腔棉棒 _____ 支				
承辦法醫師 / 檢驗員		採樣人		送驗人			
		採樣日期	年 月 日	送驗日期	年 月 日		