

# 浙江省遗体（组织）捐献 志愿书

姓 名： \_\_\_\_\_

卡 号： \_\_\_\_\_

登记机构及电话： \_\_\_\_\_

登记日期： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

# 遗体（组织）捐献报名登记须知

感谢您支持遗体、组织捐献事业！

在填写遗体、组织捐献志愿书前，请仔细阅读以下内容：

**一、遗体、组织捐献是指公民逝世后，捐献遗体的全部或部分组织，用于医学教学、科研或临床移植医疗的行为。**

**二、遗体、组织捐献遵循自愿、无偿的原则。**

**三、登记人必须具有完全民事行为能力。**

《民法典》第 1006 条规定：完全民事行为能力人有权依法自主决定无偿捐献其人体细胞、人体组织、人体器官、遗体。任何组织和个人不得强迫、欺骗、利诱其捐献。

## **四、捐献须具备的条件**

1. 遗体和脑组织捐献主要用于医学解剖教学、科研，没有绝对的年龄限制，除国家规定的甲类或某些传染性强的乙类传染病外，均可以捐献，具体由接受单位进行评估。

2. 眼组织捐献没有绝对的年龄限制；如有以下情况，捐献的眼组织禁止用于移植：死亡原因不明，携带艾滋病病毒、梅毒螺旋体病毒，患有狂犬病、麻风病、急性病毒性肝炎、脑炎、脊髓灰质炎、先天性风疹、全身细菌性、病毒性或真菌性败血症或脓毒血症等，恶性肿瘤眼部转移，眼球或眼内感染、严重的贫血

和急性白血病等，具体由眼组织接受单位进行评估。

## 五、志愿报名登记流程

1. 关注“中国人体器官捐献”公众号或填写《浙江省遗体（组织）捐献志愿书》进行登记。

对于行动不便的志愿捐献者，各级红十字会提供上门登记服务。

2. 填写《浙江省遗体（组织）捐献志愿书》的，建议指定一位近亲属为执行人。近亲属无法成为执行人或没有近亲属的，可委托以下单位或个人为执行人：（1）工作单位、社区街道、村委会、养老机构等；（2）关系密切的亲友；（3）其他有关单位或社会组织等。

请确保个人信息真实准确，如个人信息发生变动，及时告知登记单位；委托他人登记的，被委托人需携带志愿捐献者的委托书及双方身份证复印件。

3. 登记单位向志愿捐献者发放遗体（组织）捐献登记卡。

4. 若个人意愿发生改变，可以联系登记单位撤销登记或变更登记内容。

5. 遗体捐献的，志愿捐献者可选择遗体捐献的接受单位，无特殊意愿的，按照设区市、省的范围就近捐献。眼组织捐献为不定向捐献，按照县（市、区）、设区市、省三级范围就近捐献；脑组织目前定向捐献于国家健康和疾病人脑组织资源库（原浙江大学医学院中国人脑库，省内只此一家）。

## 六、捐献接受流程

1. 执行人需在志愿捐献者临终状态时联系登记单位，由登记单位联系相关的工作人员对遗体、脑组织、眼组织是否适合捐献作出评估。

2. 登记者逝世后，执行人及时办理死亡证明并联系登记单位。

3. 捐献过程中须收集以下资料：志愿捐献者的死亡证明、志愿捐献者与执行人的身份证明、医学诊断报告等；脑组织捐献接受单位须收集捐献者病史、用药情况、死亡记录或出院记录和病历本等资料，该资料为科学研究提供重要研究价值，所有资料只用于科学研究，信息将严格保密；眼组织捐献需要有关化验单（乙/丙型病毒性肝炎、艾滋病、梅毒）。

4. 眼组织捐献一般要求志愿捐献者逝世后 6 小时内（冬天可延长至 12 小时）、脑组织捐献一般要求 10 小时内（冬天可以延长至 24 小时）实现捐献，捐献眼组织、脑组织的遗体可冷藏但不可以冷冻。

遗体捐献一般要求志愿捐献者逝世后 24 小时内（冬天可以 48 小时内）实现捐献，遗体冷冻情况下时间可延长。

5. 捐献眼组织的，为了保护眼角膜，获取方式为全眼球捐献；负责获取的医生会对遗体做好符合伦理要求的处置，不影响遗容遗貌。

6. 只捐献组织的，捐献者的后事由近亲属安排。

捐献遗体的，遗体进入防腐处理程序后，接受单位不再安排家属瞻仰遗容。遗体捐献时间一般为 3 年（具体时间可以由接受单位根据实际情况和执行人协商），遗体接受单位负责安排遗体火化，并通知家属领取骨灰。如不领取骨灰的，在征得家属的同意后，将在位于杭州市钱江陵园的“生命礼敬园”统一进行生态葬。

如近亲属需将捐献者骨灰进行其他形式的生态葬（如水葬、竹林葬等），执行人可在领取骨灰后向户籍所在地民政部门咨询和办理。

7. 实现捐献后，由登记单位或接受单位向近亲属或执行人颁发由浙江省红十字会统一制作的捐献证书；捐献遗体的，可凭捐献证书办理户口注销、社保等手续。

8. 基于对捐献者和接受者的隐私保护，捐献者和眼组织接受者双方的信息都将严格保密，以避免给当事人带来不必要的困扰。如果双方同意，相关工作人员会告知捐献者家人有关眼组织接受者手术后的进展情况。

## 七、缅怀纪念

1. 浙江省红十字会网站专门开辟捐献者缅怀纪念网页，根据捐献者家庭意愿，可将捐献者的照片、事迹等在缅怀纪念网上展现，供家属和社会爱心人士缅怀。

2. 根据规划，全省 11 个地市已基本完成以纪念缅怀人体器官（遗体、组织）捐献者为主题的“生命礼赞”场所建设，并将定

期举办缅怀纪念活动。捐献者家属也可到所在地“生命礼赞”场所开展缅怀纪念，具体情况咨询各市红十字会。

省本级、杭州市、上城区三级红十字会联建的“生命礼赞”主题文化公园位于杭州市上城区临丁路笕丁路交界处，捐献者家属可自行前往参观缅怀。

省红十字会在杭州钱江陵园建有“生命礼敬园”，镌刻有捐献者名录；同时，捐献者可以免费参加生态葬，或在选择墓地时享受相应的优惠政策。

## 八、其他说明

本志愿书中的登记单位联填妥后，可以通过以下方式递交：

1. 登记单位保存联拍照，通过彩信或微信发送 15372015016（省人体器官捐献管理中心手机号同微信号）。

2. 就近现场递交或邮寄到属地红十字会、接受单位或浙江省人体器官捐献管理中心。省管理中心地址：浙江省杭州市秋涛北路 324 号；邮编：310020；电话 0571—85043999。

登记单位:

卡号:

## 浙江省遗体（组织）捐献志愿书

公民逝世后捐献遗体（组织）是“人道、博爱、奉献”精神的崇高体现。我已了解遗体（组织）捐献的基本知识、捐献报名登记须知和有关政策法规。我志愿在身故后无偿捐献遗体（组织）用于临床、研究和教学，为社会做出贡献。

### 我的相关信息:

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_ 国籍: \_\_\_\_\_ 民族: \_\_\_\_\_

证件类型: \_\_\_\_\_ 证件号码: \_\_\_\_\_ 学历: \_\_\_\_\_

职业: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_ 邮箱地址: \_\_\_\_\_

常住地址: \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县（市、区） \_\_\_\_\_

户籍地址: \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县（市、区） \_\_\_\_\_

手术史: \_\_\_\_\_ 疾病史: \_\_\_\_\_

近亲属姓名: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_ 意见 \_\_\_\_\_

近亲属姓名: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_ 意见 \_\_\_\_\_

指定执行人: \_\_\_\_\_ 指定执行人签字: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

### 我志愿捐献:

遗体: 同意捐献遗体用于医学教育及科研

眼组织（角膜）: 同意捐献眼组织用于临床移植医疗及科研

脑组织: 同意捐献脑组织用于科学研究

其它可用组织（            ）

特殊情况时,我 \_\_\_\_\_ 委托 \_\_\_\_\_ (身份证号: \_\_\_\_\_ )

为我的捐献执行人,处理本人身故后遗体（组织）捐献具体事宜。

被委托人签字: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

志愿捐献者签名:

时间:            年    月    日

志愿遗体捐献者请在以下单位选择 1-2 家意向捐献单位，并在□里写上 1 或 2，表示第一或第二意向。

浙江大学医学院

地址：杭州市西湖区余杭塘路 866 号浙江大学医学院解剖教研室

电话：0571—85555600 13325917448

杭州医学院

地址：杭州市临安区颐康街 8 号杭州医学院基础医学院与法医学院

电话：19157753102

杭州师范大学医学部

地址：杭州市余杭区仓前街道余杭塘路 2318 号杭州师范大学医学部慎园

4 号楼 101 室

电话：0571—28866715 13868193128

温州医科大学

地址：温州市茶山高教园区温州医科大学基础医学院 205 信箱

电话：0577—86689963 15958721298

嘉兴学院医学院

地址：嘉兴市南湖区嘉杭路 118 号

电话：0573—83643808

绍兴文理学院医学院

地址：绍兴市城南大道 900 号绍兴文理学院医学院教研科

电话：0575—88345054

登记单位:

卡号:

## 浙江省遗体（组织）捐献志愿书

（登记单位保存联）

公民逝世后捐献遗体（组织）是“人道、博爱、奉献”精神的崇高体现。我已了解遗体（组织）捐献的基本知识、捐献报名登记须知和有关政策法规。我志愿在身故后无偿捐献遗体（组织）用于临床、研究和教学，为社会做出贡献。

### 我的相关信息：

姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 国籍：\_\_\_\_\_ 民族：\_\_\_\_\_

证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_ 学历：\_\_\_\_\_

职业：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_ 邮箱地址：\_\_\_\_\_

常住地址：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县（市、区）\_\_\_\_\_

户籍地址：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县（市、区）\_\_\_\_\_

手术史：\_\_\_\_\_ 疾病史：\_\_\_\_\_

近亲属姓名：\_\_\_\_\_ 关系：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_ 意见 \_\_\_\_\_

近亲属姓名：\_\_\_\_\_ 关系：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_ 意见 \_\_\_\_\_

指定执行人：\_\_\_\_\_ 指定执行人签名：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

### 我志愿捐献：

遗体：同意捐献遗体用于医学教育及科研

眼组织（角膜）：同意捐献眼组织用于临床移植医疗及科研

脑组织：同意捐献脑组织用于科学研究

其它可用组织（\_\_\_\_\_）

特殊情况时，我\_\_\_\_\_委托\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_）

为我的捐献执行人，处理本人身故后遗体（组织）捐献具体事宜。

被委托人签字：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

志愿捐献者签名：

时间 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

志愿遗体捐献者请在以下单位选择 1—2 家意向捐献单位，并在□里写上 1 或 2，表示第一或第二意向。

浙江大学医学院

地址：杭州市西湖区余杭塘路 866 号浙江大学医学院解剖教研室

电话：0571—85555600 13325917448

杭州医学院

地址：杭州市临安区颐康街 8 号杭州医学院基础医学院与法医学院

电话：19157753102

杭州师范大学医学部

地址：杭州市余杭区仓前街道余杭塘路 2318 号杭州师范大学医学院慎园

4 号楼 101 室

电话：0571—28866715 13868193128

温州医科大学

地址：温州市茶山高教园区温州医科大学基础医学院 205 信箱

电话：0577—86689963 15958721298

嘉兴学院医学院

地址：嘉兴市南湖区嘉杭路 118 号

电话：0573—83643808

绍兴文理学院医学院

地址：绍兴市城南大道 900 号绍兴文理学院医学院

电话：0575—88345826

## 全省各级红十字会系统咨询电话

杭州市红十字会 0571—87071233 宁波市红十字会 0574—89183524  
温州市红十字会 0577—88960738 湖州市红十字会 0572—2760078  
嘉兴市红十字会 0573—83684803 绍兴市红十字会 0575—85080011  
金华市红十字会 0579—82119583 衢州市红十字会 0570—3081875  
舟山市红十字会 0580—2610081 台州市红十字会 0576—81818393  
丽水市红十字会 0578—2091955

### 全省眼组织接收单位

浙江大学医学院附属第一医院	浙江大学医学院附属第二医院
浙江大学医学院附属邵逸夫医院	温州医科大学附属第一医院
温州医科大学附属眼视光医院	宁波市眼科医院
宁波大学附属人民医院	金华市中心医院
台州医院	

### 脑组织接受单位

脑组织接收单位为国家健康和疾病人脑组织资源库（原浙江大学医学院中国人脑库）电话：0571—88208619 18957158379