

人工生殖資料通報及管理辦法

96年8月8日署授國字第0960400731號函發布

100年4月7日署授國字第1000400497號函修正發布

102年9月18日部授國字第1020410297號函修正發布

104年4月20日部授國字第1040400687號函修正發布

第一條 本辦法依人工生殖法(以下簡稱本法)第二十七條第二項規定訂定之。

第二條 人工生殖機構(以下簡稱機構)應通報之人工生殖資料如下：

- 一、生殖細胞捐贈人健康檢查及評估。
- 二、捐贈生殖細胞施術結果。
- 三、捐贈生殖細胞或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎未完成捐贈、返還、銷毀、轉贈或轉移之資料。
- 四、人工生殖開始使用排卵藥物等進入治療週期個案之資料。
- 五、人工生殖個案資料。
- 六、受術夫妻生殖細胞或胚胎銷毀資料。

第三條 機構辦理生殖細胞捐贈前，應填具生殖細胞捐贈查核申請表(附表一)向主管機關申請查核。

第四條 主管機關受理前條查核，應將該捐贈人之資料收錄至人工生殖資料庫；經查核其符合本法第八條第一項第四款規定者，並應予以列管。

主管機關查核後發現該捐贈人已列管於另一機構者，應以書面通知該申請查核之機構不得接受該捐贈人之捐贈，如已取得該捐贈人之生殖細胞，應予以銷毀。

第五條 經第三條查核符合捐贈精子資格者，該機構得於第一次取得精子日起六個月內分次取得其精子，並應確保該捐贈人健康狀況適合捐贈，且其精子不得同時提供二對以上受術夫妻使用。

第六條 第四條之資料非有下列情形之一，不得解除列管：

- 一、該捐贈人未完成實際捐贈程序，且經通報主管機關者。
- 二、該捐贈人之生殖細胞或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎已全數銷毀，並通報主管機關者。

三、該捐贈人生殖細胞或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎已使用而未有活產，且施術後已無儲存，並通報主管機關者。

第七條 機構依本法第七條第一項規定進行檢查及評估後，應於完成日起十四日內填報生殖細胞捐贈人健康檢查及評估通報表(附表二)。

第八條 機構使用捐贈之生殖細胞或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎為受術夫妻施行人工生殖時，應於施術日起十二週內填報捐贈生殖細胞施術結果通報表(附表三)第一聯，並應於預產日起二個月內填報同表第二聯。

第九條 機構遇有下列情形之一，應於事實發生日起二個月內填報捐贈生殖細胞或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎未完成捐贈、返還、銷毀、轉贈或轉移通報表(附表四)：

- 一、依第四條第一項列管之捐贈人，無法完成捐贈者。
- 二、依本法第十九條但書規定，返還捐贈人未經銷毀之生殖細胞者。
- 三、依本法第二十一條第一項至第四項之規定為銷毀者。

依本法第二十條及第二十一條第四項規定之轉贈及轉移，應由轉出機構將個案之附表一至附表三、捐贈人或受術夫妻之書面同意書及主管機關回復等有關資料影本移由轉入機構保存，並由轉入機構於附表四簽章確認。

前項轉出機構應於轉贈或轉移完成日起二個月內，檢具附表四向主管機關通報。

第十條 機構應按週填報前一週接受治療個案之人工生殖開始使用排卵藥物等進入治療週期個案通報表(附表五)。

機構應依附表六所列項目為受術夫妻施行健康檢查及評估，並將其結果記錄於附表五。

第十一條 機構應按季以主管機關提供之通報系統，通報前一季之人工生殖個案資料表(附表七)。

第十二條 機構應按年以主管機關提供之通報系統，通報前一年之受術夫妻生殖細胞或胚胎銷毀情形通報表(附表八)。

第十三條 主管機關得隨時查核機構之人工生殖相關資料。

第十四條 本法第二十七條第一項及本辦法所定事項，主管機關得委任其所屬國民健康署或委託相關團體辦理。

第十五條 本辦法自發布日施行。

生殖細胞捐贈查核申請表

一、機構名稱：_____ 機構代碼：□□□□□

二、申請日期：____年____月____日

三、捐贈人資料

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註一)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

6. 性別： 1. 男 2. 女

7. 戶籍地^(註二)：_____ 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____ 段

巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

8. 國籍及種族： (1) 中華民國

請勾選 1. 閩南籍 2. 客家 3. 原住民

4. 外省籍 9. 其他 _____

(2) 外籍人士(國籍：_____)

9. 膚色： 1. 黃人 2. 白人 3. 黑人

4. 棕色人 9. 其他 _____)

施術醫師：_____

=====
收到日期：____年____月____日

收件人：_____

註一：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

註二：外籍人士請填在台居住地。

注意事項：本表第一聯以掛號郵寄主管機關，由主管機關依人工生殖法第八條第一項第四款所定情形予以核復，第二聯由機構自存。

生殖細胞捐贈人健康檢查及評估通報表

一、機構名稱：_____

機構代碼：□□□□□

二、捐贈人資料：

1. 姓名：_____

2. 出生日期：_____年_____月_____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

6. 病歷號碼：_____

三、捐贈者自填資料

1. 膚色：□1. 黃人 □2. 白人 □3. 黑人 □4. 棕色人 □9. 其他_____

2. 頭髮顏色：□1. 黑色 □2. 棕色 □3. 金黃色 □4. 紅色 □9. 其他_____

3. 是否有靜脈注射藥物的習慣？ □0. 否 □1. 是

4. 性對象中是否有愛滋病之危險群者？ □0. 否 □1. 是 □9. 不知道

5. 在最近六個月內是否有多於一個的性對象？ □0. 否 □1. 是

6. 在最近六個月內是否出現小便困難？ □0. 否 □1. 是

7. 在最近六個月內是否出現尿道分泌物？ □0. 否 □1. 是

8. 在最近六個月內是否出現生殖器潰瘍？ □0. 否 □1. 是

*9. 染色體異常病史 □0. 無 □1. 有

*10. 血友病病史 □0. 無 □1. 有

*11. 癲癇 □0. 無 □1. 有

12. 侏儒症 □0. 無 □1. 有

13. 先天性耳聾 □0. 無 □1. 有

14. 馬凡氏症候群 □0. 無 □1. 有

15. 色盲家族病史 □0. 無 □1. 有

16. 其他遺傳疾病 □0. 無 □1. 有

17. 本人或四親等以內家屬是否領有身心障礙手冊？

□0. 否 □1. 是：關係：_____ 障礙類別：_____ 障礙等級：_____ 發生原因：_____

18. 本人或四親等以內血親是否患有遺傳性疾病？□0. 否 □1. 是：關係：_____ 疾病名稱：_____

19. 本人是否領有重大傷病卡？□0. 否 □1. 是 疾病名稱：_____

以上所寫均屬事實，如有虛設偽造願負一切法律責任 捐贈人簽名及蓋章：_____

填表日期：_____年_____月_____日

四、健康評估項目【由機構填寫】

一般生理檢查：□無 □有

精神性疾病：□無 □有

傳染性疾病：

*愛滋病 □無 □有 檢查項目：_____

*梅毒 □無 □有 檢查項目：_____

*淋病 □無 □有 檢查項目：_____

其他重要疾病：

糖尿病 □無 □有 檢查項目：_____

海洋性貧血 □無 □有 檢查項目：_____

披衣菌感染 □無 □有 檢查項目：_____

子宮頸抹片檢查 結果：_____

其他（請註明）_____

B型肝炎表面抗原 □無 □有 檢查項目：_____ ABO blood type 結果：_____

C型肝炎 □無 □有 檢查項目：_____ RH (+) or (-) 結果：_____

五、健康檢查及評估結果：□1. 適合捐贈 □2. 不適合捐贈，原因：_____

以上問題已經向捐贈人問診並說明相關權利義務，並取得其瞭解及書面同意

醫師：_____

完成評估日期：_____年_____月_____日

收到日期：_____年_____月_____日

收件人_____

註：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

注意事項：

一、標有*者為絕對禁止捐贈之疾病。

二、本表應於評估完成之日起十四日內以掛號郵寄主管機關(以郵戳為憑)，第二聯由機構自存。

捐贈生殖細胞施術結果通報表

一、機構名稱：_____ 機構代碼：□□□□□

二、捐贈人資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

6. 性別：□ 1. 男 □ 2. 女

三、捐贈生殖細胞取得情形

□ 精子，取得日期：____年____月____日，

再次完成 HIV 檢查日期：____年____月____日，檢查結果：□ 陰性 □ 陽性

是否由精子保存庫轉贈？ □ 1. 是 □ 2. 否

□ 卵子，取得日期：____年____月____日

四、施術（植入）日期：____年____月____日

五、受術妻資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

六、受術夫資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

七、本次施術後是否仍有捐贈人生殖細胞或以捐贈人之生殖細胞形成之胚胎儲存？

□ 0. 已無儲存

□ 1. 仍有儲存，儲存類別：□ 精子 □ 卵子 □ 胚胎

八、本次施術方式：

□ 1. 體外受精及胚胎植入 □ 2. 精卵植入術 □ 3. 受精卵／胚胎輸卵管植入術

□ 4. 人工授精（冷凍精） □ 5. 冷凍胚胎

九、本次受術妻施術後十二週內之結果：

□ 1. 未受孕 □ 2. 懷孕中 □ 3. 已受孕但流產 □ 9. 其他（請註明）：_____

通報日期：____年____月____日 施術醫師：_____

收到日期：____年____月____日 收件人：_____（第一聯）

十、本次受術妻懷孕結果：□ 1. 子宮外孕 □ 2. 流產 □ 3. 死胎或死產 □ 4. 活產 □ 9. 其他（請註明）：

發生日期：____年____月____日

活產嬰兒資料

出生日期：____年____月____日 妊娠週數：_____週

胎數：□ 1. 單胞胎 □ 2. 雙胞胎 □ 3. 多胞胎（請依出生順序填寫下列新生兒資料）

性別		體重	健康情況	
□ 男	□ 女	約_____公克	□ 正常	□ 畸形
□ 男	□ 女	約_____公克	□ 正常	□ 畸形
□ 男	□ 女	約_____公克	□ 正常	□ 畸形
□ 男	□ 女	約_____公克	□ 正常	□ 畸形

通報日期：____年____月____日 施術醫師：_____

收到日期：____年____月____日 收件人：_____

註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

注意事項：本表第一聯應於施術日起十二週內通報，第二聯應於預產日起兩個月內以掛號郵寄主管機關（以郵戳為憑），
第三聯由機構自存。 (第二聯) (第三聯)

捐贈生殖細胞或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎 未完成捐贈、返還、銷毀、轉贈或轉移通報表

一、機構名稱：_____

機構代碼：□□□□□

二、捐贈人資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

三、受贈妻資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

四、受贈夫資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

五、通報類別及原因：

類 別	原 因
<input type="checkbox"/> 未完成捐贈	<input type="checkbox"/> 1. 健康評估結果不適合捐贈 <input type="checkbox"/> 2. 捐贈人放棄捐贈 <input type="checkbox"/> 3. 捐贈人失聯 <input type="checkbox"/> 4. 機構歇業 <input type="checkbox"/> 9. 其他 _____
<input type="checkbox"/> 返 還	<input type="checkbox"/> 捐贈人因生育功能障礙，請求返還未經銷毀之生殖細胞。
<input type="checkbox"/> 銷 毀	<input type="checkbox"/> 1. 提供受術夫妻完成活產一次 <input type="checkbox"/> 2. 保存逾十年 <input type="checkbox"/> 3. 捐贈後發現不適用於人工生殖之用 <input type="checkbox"/> 4. 受術夫妻婚姻無效、撤銷、離婚或一方死亡 <input type="checkbox"/> 5. 受術夫妻放棄施行人工生殖 <input type="checkbox"/> 6. 機構歇業 <input type="checkbox"/> 9. 其他 _____ 銷毀類別： <input type="checkbox"/> 精子 <input type="checkbox"/> 卵子 <input type="checkbox"/> 以捐贈之生殖細胞形成之胚胎
<input type="checkbox"/> 轉贈或轉移	<input type="checkbox"/> 1. 機構歇業 <input type="checkbox"/> 2. 轉其他醫療機構施術 <input type="checkbox"/> 3. 受術夫妻要求 <input type="checkbox"/> 9. 其他 _____ 轉出機構：_____ 轉出類別： <input type="checkbox"/> 精子 <input type="checkbox"/> 卵子 <input type="checkbox"/> 以捐贈之生殖細胞形成之胚胎 精子保存庫提供精子後，是否仍有儲存？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 交付文件： <input type="checkbox"/> 1. 生殖細胞捐贈查核申請表(影本) <input type="checkbox"/> 2. 生殖細胞捐贈查核核復表(影本) <input type="checkbox"/> 3. 生殖細胞捐贈人健康檢查及評估通報表(影本) <input type="checkbox"/> 4. 捐贈生殖細胞施術結果通報表(影本) <input type="checkbox"/> 5. 同意書(影本) <input type="checkbox"/> 9. 其他 _____ 轉入機構：_____ (請蓋確認章)

事實發生日期：____年____月____日

轉贈或轉移完成日期：____年____月____日

通報日期：____年____月____日

通報人：_____

收到日期：____年____月____日

收件人：_____

註：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。
 注意事項：本表第一聯應於未完成捐贈、返還、銷毀事實發生日起二個月內，或轉贈(移)完成日起二個月內以掛號郵寄主管機關(以郵戳為憑)，第二聯由機構自存。

附表五

____年____月____日(週日)迄____年____月____日(週六)間
人工生殖開始使用排卵藥物等進入治療週期個案通報表

機構名稱：_____

機構代碼：_____

受術妻姓名	國民身分證統一編號/ 統一證號/護照號碼 ^(註)	病歷號碼	出生日期 年/月/日	開始使用藥物 日期 年/月/日	已依人工生殖法 第七條第一項規 定進行健康檢查 及評估(請打v)	已依人工生殖法 第十二條第一項 規定向受術夫妻 說明並取得同意 書(請打v)

註：無國民身分證之外籍人士請同時填列統一證號及護照號碼。

注意事項：本表應於每週二前通報前一週之個案。

通報人：_____

通報日期：_____

受術夫妻健康檢查及評估表

受術妻	受術夫
<p>一、基本資料</p> <p>1. 姓名：_____</p> <p>2. 出生日期：____年____月____日</p> <p>3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□</p> <p>4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□</p> <p>5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□</p> <p>二、膚色：_____，髮色：_____</p> <p>身高：_____公分，體重：_____公斤</p> <p>血型：ABO blood type 結果：_____</p> <p>三、一般精神狀況：</p> <p>精神疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>四、一般生理狀況：</p> <p>全身性系統疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>五、家族疾病史：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>六、本人和四親等以內血親之遺傳疾病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>親屬關係：_____</p> <p>七、傳染性疾病檢查結果：</p> <p>1. 梅毒：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>2. 愛滋病：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>3. 其他傳染性疾病病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p>	<p>一、基本資料</p> <p>1. 姓名：_____</p> <p>2. 出生日期：____年____月____日</p> <p>3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□</p> <p>4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□</p> <p>5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□</p> <p>二、膚色：_____，髮色：_____</p> <p>身高：_____公分，體重：_____公斤</p> <p>血型：ABO blood type 結果：_____</p> <p>三、一般精神狀況：</p> <p>精神疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>四、一般生理狀況：</p> <p>全身性系統疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>五、家族疾病史：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>六、本人和四親等以內血親之遺傳疾病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>親屬關係：_____</p> <p>七、傳染性疾病檢查結果：</p> <p>1. 梅毒：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>2. 愛滋病：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>3. 其他傳染性疾病病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p>

註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

一、機構代碼：_____

二、受術妻資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日
 3. 國民身分證統一編號：_____ 4. 國籍別：_____
 5. 外籍人士統一證號(註)：_____ 6. 外籍人士護照號碼：_____
 7. 病歷號碼：_____

三、受術夫資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日
 3. 國民身分證統一編號：_____ 4. 國籍別：_____
 5. 外籍人士統一證號(註)：_____ 6. 外籍人士護照號碼：_____

四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期 □□□□年/□□月/□□日

五、人工生殖相關資料：

1. 不孕期間(年、四捨五入) 2. 曾做過人工生殖次數
 3. 不孕原因：
 (1) 輸卵管因素 (2) 卵巢因素 (3) 子宮內膜異位症 (4) 其他子宮因素
 (5) 其他女性因素(請註明_____) (6) 男性因素 (7) 多種因素 (9) 不明原因
 4. 人工生殖方法
 (1) IVF/ET (2) GIFT (3) ZIFT/TET (4) AID (5) IVF/ET+GIFT
 (9) 其他(複選放入本項請註明胚胎手術_____)
 5. 卵巢刺激方式：
 (1) 自然週期 (2) 口服藥物刺激 (3) 短週期藥物刺激 (4) 長週期藥物刺激 (5) 超長週期藥物刺激 (6)
 GnRH antagonist 藥物刺激 (7) 其他(請註明_____)
 6. 刺激排卵結果，有無進行取卵
 (1) 有 (2) 無，原因：_____
 7. 顯微操作技術
 (1) ICSI (2) 協助孵化 (3) ICSI+協助孵化 (4) PGS (5) PGD (9) 其他(複選請註明_____)
 8. 精卵來源
 (1) 捐精 (2) 捐卵
 捐贈人國民身分證統一編號：_____ 國籍別：_____
 外籍人士統一證號(註)：_____ 外籍人士護照號碼：_____
 (3) 夫妻精卵
 自行取精 MESA TESE 其他(請註明_____)
 9. 取卵數(含不成熟卵) 10. 正常受精卵數 11. 植入卵子數(GIFT)
 12. 胚胎受精卵植入數
 培育第2天植入數
 培育第3天植入數
 培育第4天植入數
 培育第5天植入數
 培育第6天植入數
 13. 胚胎受精卵冷凍數 14. 冷凍卵子數
 15. 本次施術後是否仍有精子儲存? (1) 是 (2) 否
 16. 胚胎種類 (1) 新鮮 (2) 冷凍 (3) 二者皆有
 17. 植入日期□□□□年/□□月/□□日
 18. 卵巢過度刺激症候群 (1) 無 (2) 輕微 (3) 中度 (4) 嚴重 (9) 不明
 19. 是否臨床懷孕(□□□□年/□□月/□□日)
 (1) 是： 胚囊數， 有胎心數， 子宮外孕
 (2) 否
 20. 減胎數

21. 懷孕結果 (□□□□年/□□月/□□日)

- (1) 自然流產數 (<20 週)
- (2) 子宮外孕數
- (3) 人工流產數, 原因_____
- (4) 死產數 (20-27 週)
- (5) 死產數 (>28 週)
- (6) 活產數

22. 死產或流產之胎兒異常數, 請註明_____

23. 活產嬰兒資料

性別 生產週數 體重 生產方式 身體狀況

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____

*活產嬰兒生產方式及身體狀況代碼

(一) 生產方式代碼

- (1) 陰道生產 (2) 陰道產鉗生產 (3) 陰道真空吸引生產 (4) 有剖腹產史之陰道生產
- (5) 第一次剖腹產 (6) 有剖腹產史之剖腹產

(二) 身體狀況代碼

- (1) 000 無特殊狀況: 正常
- (2) 外觀上明顯之先天性缺陷
 - 101 神經系統 102 眼顏面 103 心臟血管疾病 104 消化系統 105 泌尿腎臟系統
 - 106 骨骼肌肉系統 107 染色體異常 108 其他(請註明_____)
- (3) 其他異常狀況
 - 201 疑感染 202 需要治療之黃疸 203 呼吸窘迫(借助呼吸器>30 分鐘)
 - 204 生產傷害 206 其他(請註明) 207 新生兒死亡

24. 施術醫師: _____

註: 無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項, 無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件, 並填列該證號。

注意事項: 本表應於每年二月、五月、八月、十一月底前, 通報上一季接受人工生殖治療及確定臨床懷孕結果之個案。

人工生殖個案資料表填表說明

一、機構代碼：請填寫醫療機構申請通過人工生殖機構後，主管機關所賦予該機構之代碼。

二、受術妻資料：

1. 姓名：請填寫受術妻之姓名。
2. 出生日期：請填寫受術妻之西元出生年月日。
3. 國民身分證統一編號：請填寫受術妻之中華民國(以下簡稱本國)國民身分證統一編號。如無本國國民身分證者，此欄免填。
4. 國籍別：受術妻若為外籍人士，請填寫原始國籍別。
5. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術妻，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術妻原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術妻具本國國民身分者此欄免填。
6. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術妻，除上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。
7. 病歷號碼：請填寫受術妻於施術機構之病歷號碼。

三、受術夫資料：

1. 姓名：請填寫受術夫之姓名。
2. 出生日期：請填寫受術夫之西元出生年月日。
3. 國民身分證統一編號：請填寫受術夫之本國國民身分證統一編號。如無本國國民身分證者，此欄免填。
4. 國籍別：受術夫若為外籍人士，請填寫原始國籍別。
5. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術夫，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術夫原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術夫具本國國民身分者，此欄免填。
6. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術夫，除填列上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。

四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期：請填寫受術妻開始使用排卵藥物之西元日期，若受術妻未使用排卵藥物，使用冷凍胚胎或計算自然週期時，則請填寫受術妻接受生殖系統之檢查以進入治療週期之日期。

五、人工生殖相關資料：

1. 不孕期間：有正常性生活，未使用避孕方法，但未懷孕之期間。以年為計算單位，採四捨五入方式計算。
2. 曾做過人工生殖次數：迄本次使用排卵藥物(或治療週期)前，曾做過之人工生殖次數，但不含配偶間人工授精(AIH)次數。
3. 不孕原因：請填寫下列原因代碼：
(1) 輸卵管因素 (2) 卵巢因素 (3) 子宮內膜異位症 (4) 其他子宮因素 (5) 其他女性因素 (請註明____) (6) 男性因素 (7) 多種因素 (9) 不明原因
若為二種以上不孕原因，請填寫代碼(7)，不考量填寫主要原因代碼。
4. 人工生殖方法：本欄每位個案每一治療週期(含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者)均須填寫。個案一進入治療週期，即知採用何種方法，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之方法。請填寫不同人工協助生殖技術方法之代碼：
(1) IVF/ET；(2) GIFT；(3) ZIFT/TET；(4) AID；(5) IVF/ET+GIFT；(9) 其他(請註明____)
5. 卵巢刺激方式：請填寫受術妻(或捐卵者)卵巢刺激方式之代碼：
(1) 自然週期 (2) 口服藥物刺激 (3) 短週期藥物刺激 (4) 長週期藥物刺激 (5) 超長週期藥物刺激 (6) GnRH antagonist 藥物刺激 (7) 其他(請註明____)
6. 有無進行取卵：請填寫受術妻(或捐卵者)注射刺激排卵藥物後，有無進行取卵之代碼：
(1) 有；(2) 無。
若無進行取卵請填寫下列原因代碼：
(1) 卵巢刺激不良。
(2) 精子無法取到。
(3) 女性病人之原因，如臨時發高燒，身體不適，忘了打針等等。
(4) 卵子已排掉了。

(5) 其他。

7. 顯微操作技術：請填寫本次週期精卵之結合過程，使用顯微操作技術之情形。如未使用顯微操作技術，則填 0。使用情形代號：

(1) ICSI (2) 協助孵化 (3) ICSI+協助孵化 (4) PGS (5) PGD (9) 其他(複選請註明)

8. 精卵來源：請填寫本次週期所使用之精卵來源代碼：

(1) 捐精；(2) 捐卵；(3) 夫妻精卵

若填寫 (1) 或 (2) 者，請續填此欄，捐贈人國民身分證號碼統一編號、若為外籍人士，請填寫原始國籍別、外籍人士統一證號、外籍人士護照號碼。

若填寫 (3) 者，請序填 自行取精 MESA TESE 其他 (請註明)

9. 取卵數：請填寫受術妻 (或捐卵者) 使用排卵藥物後，取得之卵子數目，含不成熟卵。未取得卵則填 0。

10. 正常受精卵數：請填寫此次療程之正常受精卵的數目。

11. 植入卵子數 (GIFT)：採用 GIFT 之施術方法時，請填寫本欄之植入卵子數目。

12. 胚胎 (受精卵) 植入數：請填寫本次週期植入不同培育天數之胚胎 (受精卵) 數目。

13. 胚胎 (受精卵) 冷凍數：請填寫本次週期未植入且冷凍起來之胚胎或受精卵數目。

14. 冷凍卵子數：請填寫本次週期未植入且冷凍起來之卵子數目。

15. 本次施術後是否仍有精子儲存：請勾選本次週期施術後，精子是否儲存之代碼：

(1) 是；(2) 否

16. 胚胎種類：本欄每位個案每一治療週期 (含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者) 均須填寫。個案一進入治療週期，即知採用胚胎種類，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之種類。請填寫植入或預定要植入之胚胎 (受精卵) 種類代碼：(1) 新鮮；(2) 冷凍；(3) 二者皆有

17. 植入日期：請填寫胚胎、受精卵或精卵植入之西元日期，同一治療週期者有二次植入時，請填寫第一次植入日期。

18. 卵巢過度刺激症候群：請填寫受術妻 (或捐卵者) 有無卵巢過度刺激症候群情形之代碼：

(1) 無；(2) 輕微；(3) 中度；(4) 嚴重；(9) 不明

19. 是否臨床懷孕：請填寫植入後是否臨床懷孕，及填入確知是否臨床懷孕日期或因故只刺激排卵未進行取卵與因故已取卵未植入，兩種已結束治療週期之日期。此欄日期務必填寫，以利電腦系統轉出資料。

臨床懷孕代碼及填報作業如下：

(1) 如有臨床懷孕，則請填寫代碼 (1) 及確知臨床懷孕日期。

另再填寫胚囊數目及有胎心音之數目及或子宮外孕數目。

若已確知懷孕結果，則請填寫懷孕結果各欄。否則需於確知懷孕結果當季，再填具下列各欄懷孕結果通報。

(2) 有下列三種情形者，均請填寫代碼 (2) 及確知無臨床懷孕或結束治療週期日期。

① 有植入，但沒有臨床懷孕者。

② 有刺激排卵，但未進行取卵已結束此治療週期者。

③ 有取卵，但未植入已結束此治療週期者。

此三種情形治療週期之資料則通報至此結束。

20. 減胎數：請填寫減胎數目；如未減胎請填 0。

21. 懷孕結果：請先填寫懷孕結果之代碼，另外再填寫確知懷孕結果之日期。並就懷孕結果填寫各種懷孕結果數目。如為自然流產則請於自然流產數欄填寫自然流產數目。人工流產除填寫人工流產數目外，亦請填寫人工流產原因。可複填。

22. 死產或流產之胎兒異常數：請註明死產或流產胎兒異常之數目及先天性缺陷代碼。

23. 活產嬰兒資料：請填寫活產嬰兒生產時之性別 (男、女)、妊娠週數 (以「週」計，採去尾數法)、體重 (以 gm 為單位) 及生產方式與身體狀況代碼。

24. 施術醫師：請填寫此次施術之醫師姓名。

附表八

受術夫妻生殖細胞或胚胎銷毀情形通報表 (不含捐贈來源之銷毀)

機構名稱：_____

機構代碼：_____

統計年度：_____年

通報日期：_____

受術妻		受術夫		銷毀類別 及數量	銷毀日期	銷毀原因代號 ^(註二)
姓名	國民身分證統一編號/ 統一證號/ 護照號碼 ^(註一)	姓名	國民身分證統一編號/ 統一證號/ 護照號碼 ^(註一)			
				<input type="checkbox"/> 精子__管 <input type="checkbox"/> 卵子__個 <input type="checkbox"/> 胚胎__個		
				<input type="checkbox"/> 精子__管 <input type="checkbox"/> 卵子__個 <input type="checkbox"/> 胚胎__個		
				<input type="checkbox"/> 精子__管 <input type="checkbox"/> 卵子__個 <input type="checkbox"/> 胚胎__個		
				<input type="checkbox"/> 精子__管 <input type="checkbox"/> 卵子__個 <input type="checkbox"/> 胚胎__個		
				<input type="checkbox"/> 精子__管 <input type="checkbox"/> 卵子__個 <input type="checkbox"/> 胚胎__個		
				<input type="checkbox"/> 精子__管 <input type="checkbox"/> 卵子__個 <input type="checkbox"/> 胚胎__個		

註一：無國民身分證之外籍人士請填統一證號及護照號碼。

註二：銷毀原因代號如下：

1. 生殖細胞提供者要求銷毀

2. 生殖細胞提供者死亡

3. 保存逾十年

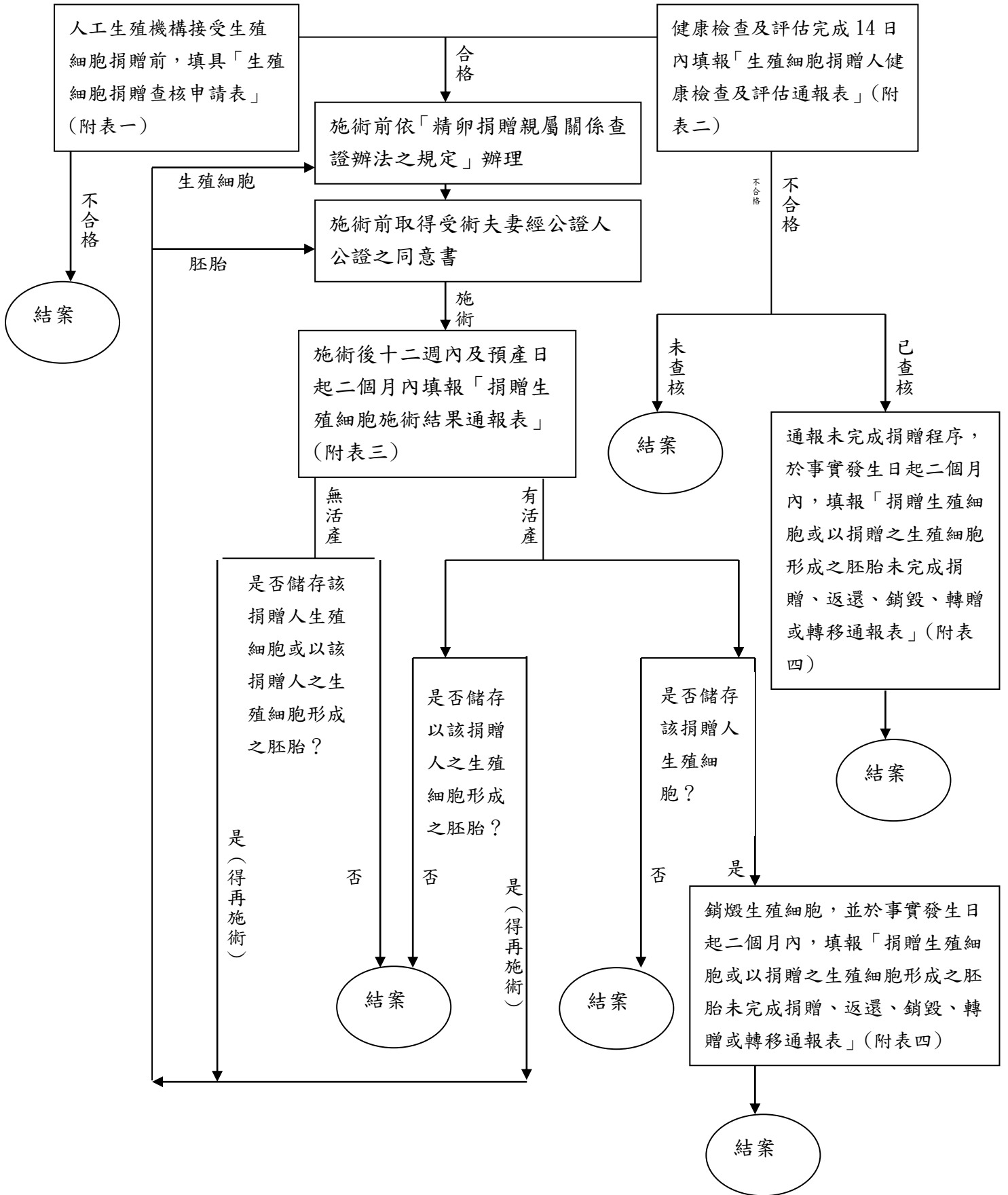
4. 受術夫妻婚姻無效、撤銷、離婚或一方死亡

5. 受術夫妻放棄施行人工生殖

9. 其他

注意事項：本報表係屬年報性質，應於次年三月底前通報前一年受術夫妻生殖細胞或胚胎銷毀情形。

人工生殖機構辦理生殖細胞捐贈通報流程圖



註：人工生殖機構依人工生殖法第十九條但書規定返還捐贈人未經銷毀之生殖細胞、或依人工生殖法第二十條或第二十一條第四項規定辦理捐贈生殖細胞之轉贈或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎之轉移時，應通報「捐贈生殖細胞或以捐贈之生殖細胞形成之胚胎未完成捐贈、返還、銷毀、轉贈或轉移通報表」(附表四)，此類情形未能於本圖中盡述。

人工生殖資料通報及管理辦法第七條附表二、第十一條附表七修正總說明

人工生殖資料通報及管理辦法自九十六年八月八日發布施行以來，人工生殖機構依人工生殖法及人工生殖資料通報及管理辦法之相關規定，向主管機關通報受術夫妻及捐贈人檢查及評估、受術人次、成功率、不孕原因、生殖細胞或胚胎之銷毀及實施人工生殖技術等相關資料，並由主管機關建立人工生殖資料庫管理之。為瞭解胚胎品質培養情形，降低多胞胎發生，參考美國人工生殖技術國際監測委員會 International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies

(ICMART)，有關人工生殖技術之數據及研究成果，爰修正「人工生殖資料通報及管理辦法」第七條附表二、第十一條附表七，其修正要點如下：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署通報資料，本國籍愛滋病毒感染者之主要危險因子為「性行為」（男男間或異性間，透過口腔、陰道或肛門發生未經隔絕之器官黏膜或體液直接接觸）及「注射藥癮」（共用注射針頭、針筒或稀釋液），而非單指同性戀造成，爰刪除「最近八年內是否有任何同性戀的接觸？」題項。（修正規定第七條附表二）
- 二、為與國際資料接軌，將不孕原因、卵巢刺激方式、顯微操作技術、精卵來源、胚胎受精卵植入數等多項欄位細分，並增列受術夫、受術妻，及捐贈人之國籍別題項。（修正規定第十一條附表七）

<p><input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>*11. 癲癇 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>12. 侏儒症 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>13. 先天性耳聾 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>14. 馬凡氏症候群 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>15. 色盲家族病史 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>16. 其他遺傳疾病 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>17. 本人或四親等以內家屬是否領有身心障礙手冊? 0. 否 <input type="checkbox"/>1. 是: 關係: _____ 障礙類別: _____ 障礙等級: _____ 發生原因: _____</p> <p>18. 本人或四親等以內血親是否患有遺傳性疾病? <input type="checkbox"/>0. 否 <input type="checkbox"/>1. 是: 關係: _____ 疾病名稱: _____</p> <p>19. 本人是否領有重大傷病卡? <input type="checkbox"/>0. 否 <input type="checkbox"/>1. 是 疾病名稱: _____</p> <p>以上所寫均屬事實, 如有虛設偽造願負一切法律責任 捐贈人簽名及蓋章: _____ 填表日期: __年__月__日</p>	<p>*10. 染色體異常病史 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>*11. 血友病病史 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>*12. 癲癇 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>13. 侏儒症 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>14. 先天性耳聾 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>15. 馬凡氏症候群 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>16. 色盲家族病史 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>17. 其他遺傳疾病 <input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>18. 本人或四親等以內家屬是否領有身心障礙手冊? <input type="checkbox"/>0. 否 <input type="checkbox"/>1. 是: 關係: _____ 障礙類別: _____ 障礙等級: _____ 發生原因: _____</p> <p>19. 本人或四親等以內血親是否患有遺傳性疾病? <input type="checkbox"/>0. 否 <input type="checkbox"/>1. 是: 關係: _____ 疾病名稱: _____</p> <p>20. 本人是否領有重大傷病卡? <input type="checkbox"/>0. 否 <input type="checkbox"/>1. 是 疾病名稱: _____</p> <p>以上所寫均屬事實, 如有虛設偽造願負一切法律責任 捐贈人簽名及蓋章: _____ 填表日期: __年__月__日</p>	
<p>四、健康評估項目【由機構填寫】</p> <p>一般生理檢查: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>精神性疾病: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>傳染性疾病:</p> <p>* 愛滋病 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 檢查項目: _____</p> <p>* 梅毒 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 檢查項目: _____</p> <p>* 淋病 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 檢查項目: _____</p> <p>B型肝炎表面抗原 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/></p>	<p>四、健康評估項目【由機構填寫】</p> <p>一般生理檢查: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>精神性疾病: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>傳染性疾病:</p> <p>* 愛滋病 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 檢查項目: _____</p> <p>* 梅毒 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 檢查項目: _____</p> <p>* 淋病 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 檢查項目: _____</p> <p>B型肝炎表面抗原 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/></p>	<p>未修正。</p>

<p>有檢查項目：_____</p> <p>C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>其他重要疾病：</p> <p>糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>披衣菌感染 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>子宮頸抹片檢查結果：_____</p> <p>其他（請註明）_____</p> <p>ABO blood type 結果：_____</p> <p>RH(+)or(-)結果：_____</p>	<p>有檢查項目：_____</p> <p>C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>其他重要疾病：</p> <p>糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>披衣菌感染 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 檢查項目：_____</p> <p>子宮頸抹片檢查結果：_____</p> <p>其他（請註明）_____</p> <p>ABO blood type 結果：_____</p> <p>RH(+)or(-)結果：_____</p>	
<p>五、健康檢查及評估結果： <input type="checkbox"/> 1. 適合捐贈 <input type="checkbox"/> 2. 不適合捐贈，原因：_____</p> <p>以上問題已經向捐贈人問診並說明相關權利義務，並取得其瞭解及書面同意</p> <p>醫師：_____</p> <p>完成評估日期：_年_月_日</p>	<p>五、健康檢查及評估結果： <input type="checkbox"/> 1. 適合捐贈 <input type="checkbox"/> 2. 不適合捐贈，原因：_____</p> <p>以上問題已經向捐贈人問診並說明相關權利義務，並取得其瞭解及書面同意</p> <p>醫師：_____</p> <p>完成評估日期：_年_月_日</p>	未修正。
<p>收到日期：_年_月_日</p> <p>收件人_____</p> <p>註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。</p> <p>注意事項： 一、標有*者為絕對禁止捐贈之疾病。 二、本表應於評估完成之日起十四日內以掛號郵寄主管機關(以郵戳為憑)，第二聯由機構自存。</p>	<p>收到日期：_年_月_日</p> <p>收件人_____</p> <p>註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。</p> <p>注意事項： 一、標有*者為絕對禁止捐贈之疾病。 二、本表應於評估完成之日起十四日內以掛號郵寄主管機關(以郵戳為憑)，第二聯由機構自存。</p>	未修正。

生殖細胞捐贈人健康檢查及評估通報表（修正附表）

一、機構名稱：_____

機構代碼：□□□□□

二、捐贈人資料：

1. 姓名：_____

2. 出生日期：_____年_____月_____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

6. 病歷號碼：_____

三、捐贈者自填資料

1. 膚 色：□1. 黃人 □2. 白人 □3. 黑人 □4. 棕色人 □9. 其他_____

2. 頭髮顏色：□1. 黑色 □2. 棕色 □3. 金黃色 □4. 紅色 □9. 其他_____

3. 是否有靜脈注射藥物的習慣？ □0. 否 □1. 是

4. 性對象中是否有愛滋病之危險群者？ □0. 否 □1. 是 □9. 不知道

5. 在最近六個月內是否有多於一個的性對象？ □0. 否 □1. 是

6. 在最近六個月內是否出現小便困難？ □0. 否 □1. 是

7. 在最近六個月內是否出現尿道分泌物？ □0. 否 □1. 是

8. 在最近六個月內是否出現生殖器潰瘍？ □0. 否 □1. 是

*9. 染色體異常病史 □0. 無 □1. 有

*10. 血友病病史 □0. 無 □1. 有

*11. 癲癇 □0. 無 □1. 有

12. 侏儒症 □0. 無 □1. 有

13. 先天性耳聾 □0. 無 □1. 有

14. 馬凡氏症候群 □0. 無 □1. 有

15. 色盲家族病史 □0. 無 □1. 有

16. 其他遺傳疾病 □0. 無 □1. 有

17. 本人或四親等以內家屬是否領有身心障礙手冊？

□0. 否 □1. 是：關係：_____ 障礙類別：_____ 障礙等級：_____ 發生原因：_____

18. 本人或四親等以內血親是否患有遺傳性疾病？□0. 否 □1. 是：關係：_____ 疾病名稱：_____

19. 本人是否領有重大傷病卡？□0. 否 □1. 是 疾病名稱：_____

以上所寫均屬事實，如有虛設偽造願負一切法律責任 捐贈人簽名及蓋章：_____

填表日期：_____年_____月_____日

四、健康評估項目【由機構填寫】

一般生理檢查：□無 □有

精神性疾病：□無 □有

傳染性疾病：

*愛滋病 □無 □有 檢查項目：_____

*梅毒 □無 □有 檢查項目：_____

*淋病 □無 □有 檢查項目：_____

B型肝炎表面抗原 □無 □有 檢查項目：_____

C型肝炎 □無 □有 檢查項目：_____

其他重要疾病：

糖尿病 □無 □有 檢查項目：_____

海洋性貧血 □無 □有 檢查項目：_____

披衣菌感染 □無 □有 檢查項目：_____

子宮頸抹片檢查 結果：_____

其他（請註明）_____

ABO blood type 結果：_____

RH (+) or (-) 結果：_____

五、健康檢查及評估結果：□1. 適合捐贈 □2. 不適合捐贈，原因：_____

以上問題已經向捐贈人問診並說明相關權利義務，並取得其瞭解及書面同意

醫 師：_____

完成評估日期：_____年_____月_____日

收到日期：_____年_____月_____日

收件人_____

註：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

注意事項：

一、標有*者為絕對禁止捐贈之疾病。

二、本表應於評估完成之日起十四日內以掛號郵寄主管機關（以郵戳為憑），第二聯由機構自存。

生殖細胞捐贈人健康檢查及評估通報表（現行附表）

一、機構名稱：_____

機構代碼：□□□□□

二、捐贈人資料：

1. 姓名：_____

2. 出生日期：____年____月____日

3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□

5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

6. 病歷號碼：_____

三、捐贈者自填資料

1. 膚色：□1. 黃人 □2. 白人 □3. 黑人 □4. 棕色人 □9. 其他_____

2. 頭髮顏色：□1. 黑色 □2. 棕色 □3. 金黃色 □4. 紅色 □9. 其他_____

3. 最近八年內是否有任何同性戀的接觸？ □0. 否 □1. 是

4. 是否有靜脈注射藥物的習慣？ □0. 否 □1. 是

5. 性對象中是否有愛滋病之危險群者？ □0. 否 □1. 是 □9. 不知道

6. 在最近六個月內是否有多於一個的性對象？ □0. 否 □1. 是

7. 在最近六個月內是否出現小便困難？ □0. 否 □1. 是

8. 在最近六個月內是否出現尿道分泌物？ □0. 否 □1. 是

9. 在最近六個月內是否出現生殖器潰瘍？ □0. 否 □1. 是

*10. 染色體異常病史 □0. 無 □1. 有

*11. 血友病病史 □0. 無 □1. 有

*12. 癲癇 □0. 無 □1. 有

13. 侏儒症 □0. 無 □1. 有

14. 先天性耳聾 □0. 無 □1. 有

15. 馬凡氏症候群 □0. 無 □1. 有

16. 色盲家族病史 □0. 無 □1. 有

17. 其他遺傳疾病 □0. 無 □1. 有

18. 本人或四親等以內家屬是否領有身心障礙手冊？

□0. 否 □1. 是：關係：_____ 障礙類別：_____ 障礙等級：_____ 發生原因：_____

19. 本人或四親等以內血親是否患有遺傳性疾病？□0. 否 □1. 是：關係：_____ 疾病名稱：_____

20. 本人是否領有重大傷病卡？□0. 否 □1. 是 疾病名稱：_____

以上所寫均屬事實，如有虛設偽造願負一切法律責任 捐贈人簽名及蓋章：_____

填表日期：____年____月____日

四、健康評估項目【由機構填寫】

一般生理檢查：□無 □有

精神性疾病：□無 □有

傳染性疾病：

*愛滋病 □無 □有 檢查項目：_____

*梅毒 □無 □有 檢查項目：_____

*淋病 □無 □有 檢查項目：_____

B型肝炎表面抗原 □無 □有 檢查項目：_____

C型肝炎 □無 □有 檢查項目：_____

其他重要疾病：

糖尿病 □無 □有 檢查項目：_____

海洋性貧血 □無 □有 檢查項目：_____

披衣菌感染 □無 □有 檢查項目：_____

子宮頸抹片檢查 結果：_____

其他（請註明）_____

ABO blood type 結果：_____

RH (+) or (-) 結果：_____

五、健康檢查及評估結果：□1. 適合捐贈 □2. 不適合捐贈，原因：_____

以上問題已經向捐贈人問診並說明相關權利義務，並取得其瞭解及書面同意

醫師：_____

完成評估日期：____年____月____日

收到日期：____年____月____日

收件人_____

註：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

注意事項：

一、標有*者為絕對禁止捐贈之疾病。

二、本表應於評估完成之日起十四日內以掛號郵寄主管機關(以郵戳為憑)，第二聯由機構自存。

人工生殖資料通報及管理辦法第十一條附表七修正對照表

修正規定	現行規定	說明
人工生殖個案資料表 通報人：_____	人工生殖個案資料表 通報人：_____	未修正。
通報日期：_____	通報日期：_____	
一、機構代碼：_____	一、機構代碼：_____	未修正。
二、受術妻資料： 1. 姓名：_____	二、受術妻資料： 1. 姓名：_____	第四款增列國籍別，並依序調整款次。
2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日	2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日	
3. 國民身分證統一編號：_____	3. 國民身分證統一編號：_____	
4. 國籍別：_____	4. 外籍人士統一證號 ^(註) ：_____	
5. 外籍人士統一證號 ^(註) ：_____	5. 外籍人士護照號碼：_____	
6. 外籍人士護照號碼：_____	6. 病歷號碼：_____	
7. 病歷號碼：_____		
三、受術夫資料： 1. 姓名：_____	三、受術夫資料： 1. 姓名：_____	第四款增列國籍別，並依序調整款次。
2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日	2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日	
3. 國民身分證統一編號：_____	3. 國民身分證統一編號：_____	
4. 國籍別：_____	4. 外籍人士統一證號 ^(註) ：_____	
5. 外籍人士統一證號 ^(註) ：_____	5. 外籍人士護照號碼：_____	
6. 外籍人士護照號碼：_____		
四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期 □□□□年/□□月/□□日	四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期 □□□□年/□□月/□□日	未修正。
五、人工生殖相關資料： 1. □□不孕期間(年、四捨五入)	五、人工生殖相關資料： 1. □□不孕期間(年、四捨五入)	一、將第三款不孕原因更加細分，增列卵巢因素及子宮因素，原(2)其他女性因素增列可自行填入，如重度著床失敗、地中海型貧血等。 二、配合實務，第五款卵巢刺激方式增列長週期藥物刺激、超長週期藥物刺激、短週期藥物刺激、GnRH antagonist 藥物刺激及其他選項。 三、第七款顯微操作技術增列 PGS、PGD，並可複選。 四、第八款精卵來源，考量本次施術精卵來源若為
2. □□曾做過人工生殖次數	2. □□曾做過人工生殖次數	
3. □不孕原因： (1) 輸卵管因素 (2) 卵巢因素 (3) 子宮內膜異位症 (4) 其他子宮因素 (5) 其他女性因素 (請註明) (6) 男性因素 (7) 多種因素 (9) 不明原因	3. □不孕原因： (1) 輸卵管因素 (2) 其他女性因素 (3) 男性因素 (4) 多種因素 (9) 不明原因	
4. □人工生殖方法 (1) IVF/ET (2) GIFT (3) ZIFT/TET (4) AID (5) IVF/ET+GIFT (9) 其他 (複選放入本項請註明胚胎手術_____)	4. □人工生殖方法 (1) IVF/ET (2) GIFT (3) ZIFT/TET (4) AID (5) IVF/ET+GIFT (9) 其他 (複選放入本項請註明胚胎手術_____)	
5. □人工生殖方法 (1) IVF/ET (2) GIFT (3) ZIFT/TET (4) AID (5) IVF/ET+GIFT (9) 其他 (複選放入本項請註明胚胎手術_____)	5. □卵巢刺激方式： (1) 藥物刺激 (3) 自然週期	

<p>5. <input type="checkbox"/> 卵巢刺激方式： <u>(1) 自然週期 (2) 口服藥物刺激</u> <u>(3) 短週期藥物刺激 (4) 長週期藥物刺激 (5) 超長週期藥物刺激</u> <u>(6) GnRH antagonist 藥物刺激</u> <u>(7) 其他 (請註明 _____)</u></p> <p>6. <input type="checkbox"/> 刺激排卵結果，有無進行取卵 (1) 有 (2) 無，原因： _____</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 顯微操作技術 (1) ICSI (2) 協助孵化 (3) ICSI+協助孵化 <u>(4) PGS (5) PGD</u> (9) 其他(複選請註明 _____)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> 精卵來源 (1) 捐精 (2) 捐卵 捐贈人國民身分證統一編號： _____ 國籍別： _____ 外籍人士統一證號(註)： _____ 外籍人士護照號碼： _____ (3) 夫妻精卵 <input type="checkbox"/> 自行取精 <input type="checkbox"/> MESA <input type="checkbox"/> TESE <input type="checkbox"/> 其他 (請註明 _____)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 取卵數(含不成熟卵)</p> <p>10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 正常受精卵數</p> <p>11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 植入卵子數 (GIFT)</p> <p>12. 胚胎受精卵植入數 <input type="checkbox"/> 培育第 2 天植入數 <input type="checkbox"/> 培育第 3 天植入數 <input type="checkbox"/> 培育第 4 天植入數 <input type="checkbox"/> 培育第 5 天植入數 <input type="checkbox"/> 培育第 6 天植入數</p> <p>13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胚胎受精卵冷凍數</p> <p>14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 冷凍卵子數</p> <p>15. <input type="checkbox"/> 本次施術後是否仍有精子儲存？ (1) 是 (2) 否</p>	<p>6. <input type="checkbox"/> 刺激排卵結果，有無進行取卵 (1) 有 (2) 無，原因： _____</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 顯微操作技術 (1) ICSI (2) 協助孵化 (3) ICSI+協助孵化 (9) 其他(複選請註明 _____)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> 精卵來源 (1) 捐精 (2) 捐卵 (3) 夫妻精卵 捐贈人國民身分證統一編號： _____ 外籍人士統一證號(註)： _____ 外籍人士護照號碼： _____</p> <p>9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 取卵數(含不成熟卵)</p> <p>10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 正常受精卵數</p> <p>11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 植入卵子數 (GIFT)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> 胚胎受精卵植入數</p> <p>13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胚胎受精卵冷凍數</p> <p>14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 冷凍卵子數</p> <p>15. <input type="checkbox"/> 本次施術後是否仍有精子儲存？ (1) 是 (2) 否</p> <p>16. <input type="checkbox"/> 胚胎種類 (1) 新鮮 (2) 冷凍 (3) 二者皆有</p> <p>17. 植入日期 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日</p> <p>18. <input type="checkbox"/> 卵巢過度刺激症候群 (1) 無 (2) 輕微 (3) 中度 (4) 嚴重 (9) 不明</p> <p>19. <input type="checkbox"/> 是否臨床懷孕 (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日) (1) 是：<input type="checkbox"/> 胚囊數，<input type="checkbox"/> 有胎心數，<input type="checkbox"/> 子宮外孕 (2) 否</p> <p>20. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 減胎數</p> <p>21. 懷孕結果 (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日) <input type="checkbox"/> (1) 自然流產數 (< 20 週) <input type="checkbox"/> (2) 子宮外孕數</p>	<p>夫妻精卵，再詳填係為自行取精、MESA、TESE、其他。並增列國籍別。</p> <p>五、第十二款胚胎受精卵植入數，實務上受術妻可能在同一週期內分不同的胚胎培育期植入不同的胚胎數，爰將植入數細分時間。</p>
---	--	---

<p>16. <input type="checkbox"/> 胚胎種類 (1) 新鮮 (2) 冷凍 (3) 二者皆有</p> <p>17. 植入日期 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> 年 / <input type="text"/><input type="text"/> 月 / <input type="text"/><input type="text"/> 日</p> <p>18. <input type="checkbox"/> 卵巢過度刺激症候群 (1) 無 (2) 輕微 (3) 中度 (4) 嚴重 (9) 不明</p> <p>19. <input type="checkbox"/> 是否臨床懷孕 (<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> 年 / <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> 月 / <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> 日) (1) 是: <input type="checkbox"/> 胚囊數, <input type="checkbox"/> 有胎心數, <input type="checkbox"/> 子宮外孕 (2) 否</p> <p>20. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 減胎數</p> <p>21. 懷孕結果 (<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> 年 / <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> 月 / <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> 日) <input type="checkbox"/> (1) 自然流產數 (< 20 週) <input type="checkbox"/> (2) 子宮外孕數 <input type="checkbox"/> (3) 人工流產數, 原因 _____ <input type="checkbox"/> (4) 死產數 (20-27 週) <input type="checkbox"/> (5) 死產數 (>28 週) <input type="checkbox"/> (6) 活產數</p> <p>22. <input type="checkbox"/> 死產或流產之胎兒異常數, 請註明 _____</p> <p>23. 活產嬰兒資料 性別 生產 週數 體重 生產 方式 身體狀況 (1) _____ _____ (2) _____ _____ (3) _____ _____ (4) _____ _____</p> <p>*活產嬰兒生產方式及身體狀況代碼 (一) 生產方式代碼 (1) 陰道生產 (2) 陰道產鉗生產 (3) 陰道真空吸引生產 (4) 有剖腹產史之陰道生產 (5) 第一次剖腹產 (6) 有剖腹產史之剖腹產 (二) 身體狀況代碼 (1) 000 無特殊狀況: 正常 (2) 外觀上明顯之先天性缺陷</p> <p>101 神經系統 102 眼顏面 103 心臟血管疾病 104 消化系統 105 泌尿腎臟系統 106 骨骼肌肉系統 107 染色體異常 108 其他 (請註明 _____)</p> <p>(3) 其他異常狀況 201 疑感染 202 需要治療之黃疸</p>	<p><input type="checkbox"/> (3) 人工流產數, 原因 _____</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 死產數 (20-27 週)</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 死產數 (>28 週)</p> <p><input type="checkbox"/> (6) 活產數</p> <p>22. <input type="checkbox"/> 死產或流產之胎兒異常數, 請註明 _____</p> <p>23. 活產嬰兒資料 性別 生產 週數 體重 生產 方式 身體狀況 (1) _____ _____ (2) _____ _____ (3) _____ _____ (4) _____ _____</p> <p>*活產嬰兒生產方式及身體狀況代碼 (一) 生產方式代碼 (1) 陰道生產 (2) 陰道產鉗生產 (3) 陰道真空吸引生產 (4) 有剖腹產史之陰道生產 (5) 第一次剖腹產 (6) 有剖腹產史之剖腹產 (二) 身體狀況代碼 (1) 000 無特殊狀況: 正常 (2) 外觀上明顯之先天性缺陷</p> <p>101 神經系統 102 眼顏面 103 心臟血管疾病 104 消化系統 105 泌尿腎臟系統 106 骨骼肌肉系統 107 染色體異常 108 其他 (請註明 _____)</p> <p>(3) 其他異常狀況 201 疑感染 202 需要治療之黃疸</p>	
--	--	--

<p>(3) 陰道真空吸引生產 (4) 有剖腹產史之陰道生產 (5) 第一次剖腹產 (6) 有剖腹產史之剖腹產 (二) 身體狀況代碼 (1) 000 無特殊狀況：正常 (2) 外觀上明顯之先天性缺陷 101 神經系統 102 眼顏面 103 心臟血管疾病 104 消化系統 105 泌尿腎臟系統 106 骨骼肌肉系統 107 染色體異常 108 其他(請註明_____) (3) 其他異常狀況 201 疑感染 202 需要治療之黃疸 203 呼吸窘迫(借助呼吸器>30分鐘) 204 生產傷害 206 其他(請註明) 207 新生兒死亡 24. 施術醫師：_____</p>	<p>203 呼吸窘迫(借助呼吸器>30分鐘) 204 生產傷害 206 其他(請註明) 207 新生兒死亡 24. 施術醫師：_____</p>	
<p>註：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。 注意事項：本表應於每年二月、五月、八月、十一月底前，通報上一季接受人工生殖治療及確定臨床懷孕結果之個案。</p>	<p>註：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。 注意事項：本表應於每年二月、五月、八月、十一月底前，通報上一季接受人工生殖治療及確定臨床懷孕結果之個案。</p>	未修正。
<p>人工生殖個案資料表填寫說明 一、機構代碼：請填寫醫療機構申請通過人工生殖機構後，主管機關所賦予該機構之代碼。</p>	<p>人工生殖個案資料表填寫說明 一、機構代碼：請填寫醫療機構申請通過人工生殖機構後，主管機關所賦予該機構之代碼。</p>	未修正。
<p>二、受術妻資料： 1. 姓名：請填寫受術妻之姓</p>	<p>二、受術妻資料： 1. 姓名：請填寫受術妻之姓</p>	增列第四款國籍別，並依序調整款次。

<p>名。</p> <p>2. 出生日期：請填寫受術妻之西元出生年月日。</p> <p>3. 國民身分證統一編號：請填寫受術妻之中華民國(以下簡稱本國)國民身分證統一編號。如無本國國民身分者，此欄免填。</p> <p>4. 國籍別：受術妻若為外籍人士，請填寫原始國籍別。</p> <p>5. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術妻，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術妻原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術妻具本國國民身分者此欄免填。</p> <p>6. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術妻，除上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。</p> <p>7. 病歷號碼：請填寫受術妻於施術機構之病歷號碼。</p>	<p>名。</p> <p>2. 出生日期：請填寫受術妻之西元出生年月日。</p> <p>3. 國民身分證統一編號：請填寫受術妻之中華民國(以下簡稱本國)國民身分證統一編號。如無本國國民身分者，此欄免填。</p> <p>4. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術妻，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術妻原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術妻具本國國民身分者此欄免填。</p> <p>5. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術妻，除上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。</p> <p>6. 病歷號碼：請填寫受術妻於施術機構之病歷號碼。</p>	
<p>三、受術夫資料：</p> <p>1. 姓名：請填寫受術夫之姓名。</p> <p>2. 出生日期：請填寫受術夫之西元出生年月日。</p> <p>3. 國民身分證統一編號：請填寫受術夫之本國國民身分證統一編號。如無本國國民身分者，此欄免填。</p> <p>4. 國籍別：受術夫若為外籍人士，請填寫原始國籍別。</p> <p>5. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術夫，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術夫原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該</p>	<p>三、受術夫資料：</p> <p>1. 姓名：請填寫受術夫之姓名。</p> <p>2. 出生日期：請填寫受術夫之西元出生年月日。</p> <p>3. 國民身分證統一編號：請填寫受術夫之本國國民身分證統一編號。如無本國國民身分者，此欄免填。</p> <p>4. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術夫，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術夫原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術夫具本國國民身分者，此欄免填。</p>	<p>增列第四款國籍別，並依序調整款次。</p>

<p>證號。受術夫具本國國民身分者，此欄免填。</p> <p>6. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術夫，除填列上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。</p>	<p>5. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術夫，除填列上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。</p>	
<p>四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期：請填寫受術妻開始使用排卵藥物之西元日期，若受術妻未使用排卵藥物，使用冷凍胚胎或計算自然週期時，則請填寫受術妻接受生殖系統之檢查以進入治療週期之日期。</p>	<p>四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期：請填寫受術妻開始使用排卵藥物之西元日期，若受術妻未使用排卵藥物，使用冷凍胚胎或計算自然週期時，則請填寫受術妻接受生殖系統之檢查以進入治療週期之日期。</p>	未修正。
<p>五、人工生殖相關資料：</p> <p>1. 不孕期間：有正常性生活，未使用避孕方法，但未懷孕之期間。以年為計算單位，採四捨五入方式計算。</p> <p>2. 曾做過人工生殖次數：迄本次使用排卵藥物（或治療週期）前，曾做過之人工生殖次數，但不含配偶間人工授精（AIH）次數。</p> <p>3. 不孕原因：請填寫下列原因代碼： <u>(1) 輸卵管因素</u>；<u>(2) 卵巢因素</u>；<u>(3) 子宮內膜異位症</u>；<u>(4) 其他子宮因素</u>；<u>(5) 其他女性因素</u>（請註明）；<u>(6) 男性因素</u>；<u>(7) 多種因素</u>；(9) 不明原因 若為二種以上不孕原因，請填寫代碼<u>(7)</u>，不考量填寫主要原因代碼。</p> <p>4. 人工生殖方法：本欄每位個案每一治療週期（含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者）均須填寫。個案一進入治療週期，即</p>	<p>五、人工生殖相關資料：</p> <p>1. 不孕期間：有正常性生活，未使用避孕方法，但未懷孕之期間。以年為計算單位，採四捨五入方式計算。</p> <p>2. 曾做過人工生殖次數：迄本次使用排卵藥物（或治療週期）前，曾做過之人工生殖次數，但不含配偶間人工授精（AIH）次數。</p> <p>3. 不孕原因：請填寫下列原因代碼： (1) 輸卵管因素；(2) 其他女性因素；(3) 男性因素；(4) 多種因素；(9) 不明原因 若為二種以上不孕原因，請填寫代碼(4)，不考量填寫主要原因代碼。</p> <p>4. 人工生殖方法：本欄每位個案每一治療週期（含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者）均須填寫。個案一進入治療週期，即知採用何種方法，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列</p>	<p>一、第三款增列不孕症原因，並調整代碼次序。</p> <p>二、第五款增列卵巢刺激方式，並調整代碼次序。</p> <p>三、第七款增列顯微操作技術選項，並調整代碼次序。</p> <p>四、第八款增列捐贈人國籍別選項及夫妻精卵來源之方式。</p> <p>五、第十二款增列說明。</p>

<p>知採用何種方法，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之方法。請填寫不同人工協助生殖技術方法之代碼：</p> <p>(1) IVF/ET；(2) GIFT；(3) ZIFT/TET；(4) AID；(5) IVF/ET+GIFT；(9)其他(請註明)</p> <p>5. 卵巢刺激方式：請填寫受術妻(或捐卵者)卵巢刺激方式之代碼：</p> <p>(1) 自然週期 (2) 口服藥物刺激 (3) 短週期藥物刺激 (4) 長週期藥物刺激 (5) 超長週期藥物刺激 (6) GnRH antagonist 藥物刺激 (7) 其他(請註明)</p> <p>6. 有無進行取卵：請填寫受術妻(或捐卵者)注射刺激排卵藥物後，有無進行取卵之代碼：</p> <p>(1) 有；(2) 無。</p> <p>若無進行取卵請填寫下列原因代碼：</p> <p>(1) 卵巢刺激不良。 (2) 精子無法取到。 (3) 女性病人之原因，如臨時發高燒，身體不適，忘了打針等等。 (4) 卵子已排掉了。 (5) 其他。</p> <p>7. 顯微操作技術：請填寫本次週期精卵之結合過程，使用顯微操作技術之情形。如未使用顯微操作技術，則填 0。使用情形代號：</p> <p>(1) ICSI；(2) 協助孵化；(3) ICSI+協助孵化；(4) PGS；(5) PGD；(9) 其他(複選請註明)</p> <p>8. 精卵來源：請填寫本次週</p>	<p>實際採用之方法。請填寫不同人工協助生殖技術方法之代碼：</p> <p>(1) IVF/ET；(2) GIFT；(3) ZIFT/TET；(4) AID；(5) IVF/ET+GIFT；(9)其他(請註明)</p> <p>5. 卵巢刺激方式：請填寫受術妻(或捐卵者)卵巢刺激方式之代碼：</p> <p>(1) 藥物刺激；(3) 自然周期</p> <p>6. 有無進行取卵：請填寫受術妻(或捐卵者)注射刺激排卵藥物後，有無進行取卵之代碼：</p> <p>(1) 有；(2) 無。</p> <p>若無進行取卵請填寫下列原因代碼：</p> <p>(1) 卵巢刺激不良。 (2) 精子無法取到。 (3) 女性病人之原因，如臨時發高燒，身體不適，忘了打針等等。 (4) 卵子已排掉了。 (5) 其他。</p> <p>7. 顯微操作技術：請填寫本次週期精卵之結合過程，使用顯微操作技術之情形。如未使用顯微操作技術，則填 0。使用情形代號：</p> <p>(1) ICSI；(2) 協助孵化；(3) ICSI+協助孵化；(9)其他(請註明)</p> <p>8. 精卵來源：請填寫本次週期所使用之精卵來源代碼：</p> <p>(1) 捐精；(2) 捐卵；(3) 夫妻精卵</p> <p>捐贈人國民身分證號碼統一編號、外籍人士統一證號、外籍人士護照號碼：前項若填寫(1)或(2)者，請續填此欄，填寫捐贈人之身分證號碼。</p>	
--	--	--

<p>期所使用之精卵來源代碼： (1) 捐精；(2) 捐卵；(3) 夫妻精卵 <u>若填寫(1)或(2)者，請 續填此欄，捐贈人國民身分 證號碼統一編號、若為外籍 人士，請填寫原始國籍別、 外籍人士統一證號、外籍人 士護照號碼。</u> <u>若填寫(3)者，請序填</u><input type="checkbox"/>自 行取精 <input type="checkbox"/>MESA <input type="checkbox"/>TESE <input type="checkbox"/> 其他(請註明)</p> <p>9. 取卵數：請填寫受術妻(或 捐卵者)使用排卵藥物 後，取得之卵子數目，含 不成熟卵。未取得卵則填 0。</p> <p>10. 正常受精卵數：請填寫此 次療程之正常受精卵的 數目。</p> <p>11. 植入卵子數(GIFT)：採 用 GIFT 之施術方法時， 請填寫本欄之植入卵子 數目。</p> <p>12. 胚胎(受精卵)植入數： 請填寫本次週期植入不 同培育天數之胚胎(受精 卵)數目。</p> <p>13. 胚胎(受精卵)冷凍數： 請填寫本次週期未植入 且冷凍起來之胚胎或受 精卵數目。</p> <p>14. 冷凍卵子數：請填寫本次 週期未植入且冷凍起來 之卵子數目。</p> <p>15. 本次施術後是否仍有精 子儲存：請勾選本次週期 施術後，精子是否儲存之 代碼：(1)是；(2)否</p> <p>16. 胚胎種類：本欄每位個案 每一治療週期(含未取 卵，或未植入卻已完成治 療週期者)均須填寫。個 案一進入治療週期，即知</p>	<p>9. 取卵數：請填寫受術妻(或 捐卵者)使用排卵藥物 後，取得之卵子數目，含 不成熟卵。未取得卵則填 0。</p> <p>10. 正常受精卵數：請填寫此 次療程之正常受精卵的 數目。</p> <p>11. 植入卵子數(GIFT)：採 用 GIFT 之施術方法時， 請填寫本欄之植入卵子 數目。</p> <p>12. 胚胎(受精卵)植入數： 請填寫本次週期植入之 胚胎或受精卵數目。</p> <p>13. 胚胎(受精卵)冷凍數： 請填寫本次週期未植入 且冷凍起來之胚胎或受 精卵數目。</p> <p>14. 冷凍卵子數：請填寫本次 週期未植入且冷凍起來 之卵子數目。</p> <p>15. 本次施術後是否仍有精 子儲存：請勾選本次週期 施術後，精子是否儲存之 代碼：(1)是；(2)否</p> <p>16. 胚胎種類：本欄每位個案 每一治療週期(含未取 卵，或未植入卻已完成治 療週期者)均須填寫。個 案一進入治療週期，即知 採用胚胎種類，即可填 入。若此治療週期植入時 方法改變了，則修正填列 實際採用之種類。請填寫 植入或預定要植入之胚 胎(受精卵)種類代碼： (1)新鮮；(2)冷凍；(3) 二者皆有</p> <p>17. 植入日期：請填寫胚胎、 受精卵或精卵植入之西 元日期，同一治療週期者 有二次植入時，請填寫第 一次植入日期。</p>	
--	--	--

<p>採用胚胎種類，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之種類。請填寫植入或預定要植入之胚胎（受精卵）種類代碼： (1)新鮮；(2)冷凍；(3)二者皆有</p> <p>17. 植入日期：請填寫胚胎、受精卵或精卵植入之西元日期，同一治療週期者有二次植入時，請填寫第一次植入日期。</p> <p>18. 卵巢過度刺激症候群：請填寫受術妻（或捐卵者）有無卵巢過度刺激症候群情形之代碼： (1)無；(2)輕微；(3)中度；(4)嚴重；(9)不明</p> <p>19. 是否臨床懷孕：請填寫植入後是否臨床懷孕，及植入確知是否臨床懷孕日期或因故只刺激排卵未進行取卵與因故已取卵未植入，兩種已結束治療週期之日期。此欄日期務必填寫，以利電腦系統轉出資料。</p> <p>臨床懷孕代碼及填報作業如下： (1) 如有臨床懷孕，則請填寫代碼(1)及確知臨床懷孕日期。 另再填寫胚囊數目及有胎心音之數目及或子宮外孕數目。 若已確知懷孕結果，則請填寫懷孕結果各欄。否則需於確知懷孕結果當季，再填具下列各欄懷孕結果通報。 (2) 有下列三種情形者，均請填寫代碼(2)及確知無臨床懷孕或結束治療週期日期。</p>	<p>18. 卵巢過度刺激症候群：請填寫受術妻（或捐卵者）有無卵巢過度刺激症候群情形之代碼： (1)無；(2)輕微；(3)中度；(4)嚴重；(9)不明</p> <p>19. 是否臨床懷孕：請填寫植入後是否臨床懷孕，及植入確知是否臨床懷孕日期或因故只刺激排卵未進行取卵與因故已取卵未植入，兩種已結束治療週期之日期。此欄日期務必填寫，以利電腦系統轉出資料。</p> <p>臨床懷孕代碼及填報作業如下： (1) 如有臨床懷孕，則請填寫代碼(1)及確知臨床懷孕日期。 另再填寫胚囊數目及有胎心音之數目及或子宮外孕數目。 若已確知懷孕結果，則請填寫懷孕結果各欄。否則需於確知懷孕結果當季，再填具下列各欄懷孕結果通報。 (2) 有下列三種情形者，均請填寫代碼(2)及確知無臨床懷孕或結束治療週期日期。 ①有植入，但沒有臨床懷孕者。 ②有刺激排卵，但未進行取卵已結束此治療週期者。 ③有取卵，但未植入已結束此治療週期者。 此三種情形治療週期之資料則通報至此結束。</p> <p>20. 減胎數：請填寫減胎數目；如未減胎請填0。</p> <p>21. 懷孕結果：請先填寫懷孕結果之代碼，另外再填寫確知懷孕結果之日期。並</p>	
--	--	--

<p>①有植入，但沒有臨床懷孕者。</p> <p>②有刺激排卵，但未進行取卵已結束此治療週期者。</p> <p>③有取卵，但未植入已結束此治療週期者。</p> <p>此三種情形治療週期之資料則通報至此結束。</p> <p>20. 減胎數：請填寫減胎數目；如未減胎請填0。</p> <p>21. 懷孕結果：請先填寫懷孕結果之代碼，另外再填寫確知懷孕結果之日期。並就懷孕結果填寫各種懷孕結果數目。如為自然流產則請於自然流產數欄填寫自然流產數目。人工流產除填寫人工流產數目外，亦請填寫人工流產原因。可複填。</p> <p>22. 死產或流產之胎兒異常數：請註明死產或流產胎兒異常之數目及先天性缺陷代碼。</p> <p>23. 活產嬰兒資料：請填寫活產嬰兒生產時之性別（男、女）、妊娠週數（以「週」計，採去尾數法）、體重（以 gm 為單位）及生產方式與身體狀況代碼。</p> <p>24. 施術醫師：請填寫此次施術之醫師姓名。</p>	<p>就懷孕結果填寫各種懷孕結果數目。如為自然流產則請於自然流產數欄填寫自然流產數目。人工流產除填寫人工流產數目外，亦請填寫人工流產原因。可複填。</p> <p>22. 死產或流產之胎兒異常數：請註明死產或流產胎兒異常之數目及先天性缺陷代碼。</p> <p>23. 活產嬰兒資料：請填寫活產嬰兒生產時之性別（男、女）、妊娠週數（以「週」計，採去尾數法）、體重（以 gm 為單位）及生產方式與身體狀況代碼。</p> <p>24. 施術醫師：請填寫此次施術之醫師姓名。</p>	
---	--	--

第十一條附表七（修正附表）

通報人：_____

通報日期：_____

附表七

人工生殖個案資料表

一、機構代碼：_____

二、受術妻資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日
 3. 國民身分證統一編號：_____ 4. 國籍別：_____
 5. 外籍人士統一證號（註）：_____ 6. 外籍人士護照號碼：_____
 7. 病歷號碼：_____

三、受術夫資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日
 3. 國民身分證統一編號：_____ 4. 國籍別：_____
 5. 外籍人士統一證號（註）：_____ 6. 外籍人士護照號碼：_____

四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期 □□□□年/□□月/□□日

五、人工生殖相關資料：

1. 不孕期間（年、四捨五入） 2. 曾做過人工生殖次數
 3. 不孕原因：
 （1）輸卵管因素（2）卵巢因素（3）子宮內膜異位症（4）其他子宮因素
 （5）其他女性因素（請註明_____）（6）男性因素（7）多種因素（9）不明原因
 4. 人工生殖方法
 （1）IVF/ET（2）GIFT（3）ZIFT/TET（4）AID（5）IVF/ET+GIFT
 （9）其他（複選放入本項請註明胚胎手術_____）
 5. 卵巢刺激方式：
 （1）自然週期（2）口服藥物刺激（3）短週期藥物刺激（4）長週期藥物刺激（5）超長週期藥物刺激
 （6）GnRH antagonist 藥物刺激（7）其他（請註明_____）
 6. 刺激排卵結果，有無進行取卵
 （1）有（2）無，原因：_____
 7. 顯微操作技術
 （1）ICSI（2）協助孵化（3）ICSI+協助孵化（4）PGS（5）PGD
 （9）其他（複選請註明_____）
 8. 精卵來源
 （1）捐精（2）捐卵
 捐贈人國民身分證統一編號：_____ 國籍別：_____
 外籍人士統一證號（註）：_____ 外籍人士護照號碼：_____
 （3）夫妻精卵
 自行取精 MESA TESE 其他（請註明_____）
 9. 取卵數（含不成熟卵） 10. 正常受精卵數 11. 植入卵子數（GIFT）
 12. 胚胎受精卵植入數
 培育第2天植入數
 培育第3天植入數
 培育第4天植入數
 培育第5天植入數
 培育第6天植入數
 13. 胚胎受精卵冷凍數 14. 冷凍卵子數
 15. 本次施術後是否仍有精子儲存？（1）是（2）否
 16. 胚胎種類（1）新鮮（2）冷凍（3）二者皆有

17. 植入日期□□□□年/□□月/□□日

18. 卵巢過度刺激症候群 (1) 無 (2) 輕微 (3) 中度 (4) 嚴重 (9) 不明

19. 是否臨床懷孕 (□□□□年/□□月/□□日)

(1) 是： 胚囊數， 有胎心數， 子宮外孕

(2) 否

20. 減胎數

21. 懷孕結果 (□□□□年/□□月/□□日)

(1) 自然流產數 (<20 週)

(2) 子宮外孕數

(3) 人工流產數，原因_____

(4) 死產數 (20-27 週)

(5) 死產數 (>28 週)

(6) 活產數

22. 死產或流產之胎兒異常數，請註明_____

23. 活產嬰兒資料

性別 生產週數 體重 生產方式 身體狀況

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

*活產嬰兒生產方式及身體狀況代碼

(一) 生產方式代碼

(1) 陰道生產 (2) 陰道產鉗生產 (3) 陰道真空吸引生產 (4) 有剖腹產史之陰道生產

(5) 第一次剖腹產 (6) 有剖腹產史之剖腹產

(二) 身體狀況代碼

(1) 000 無特殊狀況：正常

(2) 外觀上明顯之先天性缺陷

101 神經系統 102 眼顏面 103 心臟血管疾病 104 消化系統 105 泌尿腎臟系統

106 骨骼肌肉系統 107 染色體異常 108 其他(請註明_____)

(3) 其他異常狀況

201 疑感染 202 需要治療之黃疸 203 呼吸窘迫(借助呼吸器>30 分鐘)

204 生產傷害 206 其他(請註明) 207 新生兒死亡

24. 施術醫師：_____

註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

注意事項：本表應於每年二月、五月、八月、十一月底前，通報上一季接受人工生殖治療及確定臨床懷孕結果之個案。

人工生殖個案資料表填表說明

一、機構代碼：請填寫醫療機構申請通過人工生殖機構後，主管機關所賦予該機構之代碼。

二、受術妻資料：

1. 姓名：請填寫受術妻之姓名。

2. 出生日期：請填寫受術妻之西元出生年月日。

3. 國民身分證統一編號：請填寫受術妻之中華民國(以下簡稱本國)國民身分證統一編號。如無本國國民身分者，此欄免填。

4. 國籍別：受術妻若為外籍人士，請填寫原始國籍別。

5. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術妻，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術妻原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術妻具本國國民身分者此欄免填。

6. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術妻，除上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。

7. 病歷號碼：請填寫受術妻於施術機構之病歷號碼。

三、受術夫資料：

1. 姓名：請填寫受術夫之姓名。

2. 出生日期：請填寫受術夫之西元出生年月日。

3. 國民身分證統一編號：請填寫受術夫之本國國民身分證統一編號。如無本國國民身分者，此欄免填。

4. 國籍別：受術夫若為外籍人士，請填寫原始國籍別。

5. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術夫，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術夫原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術夫具本國國民身分者，此欄免填。

6. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術夫，除填列上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。

四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期：請填寫受術妻開始使用排卵藥物之西元日期，若受術妻未使用排卵藥物，使用冷凍胚胎或計算自然週期時，則請填寫受術妻接受生殖系統之檢查以進入治療週期之日期。

五、人工生殖相關資料：

1. 不孕期間：有正常性生活，未使用避孕方法，但未懷孕之期間。以年為計算單位，採四捨五入方式計算。

2. 曾做過人工生殖次數：迄本次使用排卵藥物(或治療週期)前，曾做過之人工生殖次數，但不含配偶間人工授精(AIH)次數。

3. 不孕原因：請填寫下列原因代碼：

(1) 輸卵管因素；(2) 卵巢因素；(3) 子宮內膜異位症；(4) 其他子宮因素；(5) 其他女性因素(請註明____)；(6) 男性因素；(7) 多種因素；(9) 不明原因
若為二種以上不孕原因，請填寫代碼(7)，不考量填寫主要原因代碼。

4. 人工生殖方法：本欄每位個案每一治療週期(含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者)均須填寫。個案一進入治療週期，即知採用何種方法，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之方法。請填寫不同人工協助生殖技術方法之代碼：

(1) IVF/ET；(2) GIFT；(3) ZIFT/TET；(4) AID；(5) IVF/ET+GIFT；(9) 其他(請註明____)

5. 卵巢刺激方式：請填寫受術妻(或捐卵者)卵巢刺激方式之代碼：

(1) 自然週期(2) 口服藥物刺激(3) 短週期藥物刺激(4) 長週期藥物刺激(5)

- 超長週期藥物刺激 (6) GnRH antagonist 藥物刺激 (7) 其他 (請註明)
6. 有無進行取卵：請填寫受術妻(或捐卵者)注射刺激排卵藥物後，有無進行取卵之代碼：
(1) 有；(2) 無。
若無進行取卵請填寫下列原因代碼：
(1) 卵巢刺激不良。
(2) 精子無法取到。
(3) 女性病人之原因，如臨時發高燒，身體不適，忘了打針等等。
(4) 卵子已排掉了。
(5) 其他。
7. 顯微操作技術：請填寫本次週期精卵之結合過程，使用顯微操作技術之情形。如未使用顯微操作技術，則填 0。使用情形代號：
(1) ICSI；(2) 協助孵化；(3) ICSI+協助孵化；(4) PGS；(5) PGD；(9) 其他(複選請註明)
8. 精卵來源：請填寫本次週期所使用之精卵來源代碼：
(1) 捐精；(2) 捐卵；(3) 夫妻精卵
若填寫 (1) 或 (2) 者，請續填此欄，捐贈人國民身分證號碼統一編號、若為外籍人士，請填寫原始國籍別、外籍人士統一證號、外籍人士護照號碼。
若填寫 (3) 者，請序填 自行取精 MESA TESE 其他 (請註明)
9. 取卵數：請填寫受術妻 (或捐卵者) 使用排卵藥物後，取得之卵子數目，含不成熟卵。未取得卵則填 0。
10. 正常受精卵數：請填寫此次療程之正常受精卵的數目。
11. 植入卵子數 (GIFT)：採用 GIFT 之施術方法時，請填寫本欄之植入卵子數目。
12. 胚胎 (受精卵) 植入數：請填寫本次週期植入不同培育天數之胚胎 (受精卵) 數目。
13. 胚胎 (受精卵) 冷凍數：請填寫本次週期未植入且冷凍起來之胚胎或受精卵數目。
14. 冷凍卵子數：請填寫本次週期未植入且冷凍起來之卵子數目。
15. 本次施術後是否仍有精子儲存：請勾選本次週期施術後，精子是否儲存之代碼：
(1) 是；(2) 否
16. 胚胎種類：本欄每位個案每一治療週期 (含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者) 均須填寫。個案一進入治療週期，即知採用胚胎種類，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之種類。請填寫植入或預定要植入之胚胎 (受精卵) 種類代碼：(1) 新鮮；(2) 冷凍；(3) 二者皆有
17. 植入日期：請填寫胚胎、受精卵或精卵植入之西元日期，同一治療週期者有二次植入時，請填寫第一次植入日期。
18. 卵巢過度刺激症候群：請填寫受術妻 (或捐卵者) 有無卵巢過度刺激症候群情形之代碼：
(1) 無；(2) 輕微；(3) 中度；(4) 嚴重；(9) 不明
19. 是否臨床懷孕：請填寫植入後是否臨床懷孕，及填入確知是否臨床懷孕日期或因故只刺激排卵未進行取卵與因故已取卵未植入，兩種已結束治療週期之日期。此欄日期務必填寫，以利電腦系統轉出資料。

臨床懷孕代碼及填報作業如下：

- (1) 如有臨床懷孕，則請填寫代碼 (1) 及確知臨床懷孕日期。

另再填寫胚囊數目及有胎心音之數目及或子宮外孕數目。

若已確知懷孕結果，則請填寫懷孕結果各欄。否則需於確知懷孕結果當季，再填具下列各欄懷孕結果通報。

- (2) 有下列三種情形者，均請填寫代碼 (2) 及確知無臨床懷孕或結束治療週期日期。

① 有植入，但沒有臨床懷孕者。

② 有刺激排卵，但未進行取卵已結束此治療週期者。

③ 有取卵，但未植入已結束此治療週期者。

此三種情形治療週期之資料則通報至此結束。

20. 減胎數：請填寫減胎數目；如未減胎請填 0。
21. 懷孕結果：請先填寫懷孕結果之代碼，另外再填寫確知懷孕結果之日期。並就懷孕結果填寫各種懷孕結果數目。如為自然流產則請於自然流產數欄填寫自然流產數目。人工流產除填寫人工流產數目外，亦請填寫人工流產原因。可複填。
22. 死產或流產之胎兒異常數：請註明死產或流產胎兒異常之數目及先天性缺陷代碼。
23. 活產嬰兒資料：請填寫活產嬰兒生產時之性別（男、女）、妊娠週數（以「週」計，採去尾數法）、體重（以 gm 為單位）及生產方式與身體狀況代碼。
24. 施術醫師：請填寫此次施術之醫師姓名。

- 一、機構代碼：_____
- 二、受術妻資料：
1. 姓名：_____
2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日
3. 國民身分證統一編號：_____
4. 外籍人士統一證號^(註)：_____
5. 外籍人士護照號碼：_____
6. 病歷號碼：_____
- 三、受術夫資料：
1. 姓名：_____
2. 出生日期□□□□年/□□月/□□日
3. 國民身分證統一編號：_____
4. 外籍人士統一證號^(註)：_____
5. 外籍人士護照號碼：_____
- 四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期
□□□□年/□□月/□□日
- 五、人工生殖相關資料：
1. 不孕期間(年、四捨五入)
2. 曾做過人工生殖次數
3. 不孕原因：
(1)輸卵管因素 (2)其他女性因素
(3)男性因素 (4)多種因素 (9)不明原因
4. 人工生殖方法
(1)IVF/ET (2)GIFT (3)ZIFT/TET (4)AID
(5)IVF/ET+GIFT
(9)其他(複選放入本項請註明胚胎手術_____)
5. 卵巢刺激方式：
(1)藥物刺激 (3)自然週期
6. 刺激排卵結果，有無進行取卵
(1)有 (2)無，原因：_____
7. 顯微操作技術
(1)ICSI (2)協助孵化 (3)ICSI+協助孵化
(9)其他(複選請註明_____)
8. 精卵來源
(1)捐精 (2)捐卵 (3)夫妻精卵
捐贈人國民身分證統一編號：_____
- 外籍人士統一證號^(註)：_____
- 外籍人士護照號碼：_____
9. 取卵數(含不成熟卵)
10. 正常受精卵數
11. 植入卵子數(GIFT)
12. 胚胎受精卵植入數
13. 胚胎受精卵冷凍數
14. 冷凍卵子數
15. 本次施術後是否仍有精子儲存？
(1)是 (2)否
16. 胚胎種類

- (1)新鮮 (2)冷凍 (3)二者皆有
17. 植入日期□□□□年/□□月/□□日
18. 卵巢過度刺激症候群
(1)無 (2)輕微 (3)中度 (4)嚴重 (9)不明
19. 是否臨床懷孕(□□□□年/□□月/□□日)
(1)是：胚囊數，有胎心數，子宮外孕
(2)否
20. 減胎數
21. 懷孕結果(□□□□年/□□月/□□日)
 (1)自然流產數(<20週)
 (2)子宮外孕數
 (3)人工流產數，原因_____
- (4)死產數(20-27週)
 (5)死產數(>28週)
 (6)活產數
22. 死產或流產之胎兒異常數，
請註明_____
23. 活產嬰兒資料
- | 性別 | 生產週數 | 體重 | 生產方式 | 身體狀況 |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| (1) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| (2) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| (3) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| (4) | _____ | _____ | _____ | _____ |
- *活產嬰兒生產方式及身體狀況代碼
- (一)生產方式代碼
(1)陰道生產 (2)陰道產鉗生產
(3)陰道真空吸引生產
(4)有剖腹產史之陰道生產
(5)第一次剖腹產
(6)有剖腹產史之剖腹產
- (二)身體狀況代碼
(1)000 無特殊狀況：正常
(2)外觀上明顯之先天性缺陷
- | | |
|------------------|------------|
| 101 神經系統 | 102 眼顏面 |
| 103 心臟血管疾病 | 104 消化系統 |
| 105 泌尿腎臟系統 | 106 骨骼肌肉系統 |
| 107 染色體異常 | |
| 108 其他(請註明_____) | |
- (3)其他異常狀況
201 疑感染 202 需要治療之黃疸
203 呼吸窘迫(借助呼吸器>30分鐘)
204 生產傷害
206 其他(請註明) 207 新生兒死亡
24. 施術醫師：_____
- 註：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。
- 注意事項：本表應於每年二月、五月、八月、十一月底前，通報上一季接受人工生殖治療及確定臨床懷孕結果之個案。

人工生殖個案資料表填表說明

一、機構代碼：請填寫醫療機構申請通過人工生殖機構後，主管機關所賦予該機構之代碼。

二、受術妻資料：

1. 姓名：請填寫受術妻之姓名。

2. 出生日期：請填寫受術妻之西元出生年月日。

3. 國民身分證統一編號：請填寫受術妻之中華民國(以下簡稱本國)國民身分證統一編號。如無本國國民身分證者，此欄免填。

4. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術妻，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術妻原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術妻具本國國民身分者此欄免填。

5. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術妻，除上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。

6. 病歷號碼：請填寫受術妻於施術機構之病歷號碼。

三、受術夫資料：

1. 姓名：請填寫受術夫之姓名。

2. 出生日期：請填寫受術夫之西元出生年月日。

3. 國民身分證統一編號：請填寫受術夫之本國國民身分證統一編號。如無本國國民身分者，此欄免填。

4. 外籍人士統一證號：無本國國民身分之外籍受術夫，請填列由本國發給相關證件之統一證號，如無統一證號者，得出示受術夫原始國籍之相關證件供醫療機構核對，並填列該證號。受術夫具本國國民身分者，此欄免填。

5. 外籍人士護照號碼：無本國國民身分之外籍受術夫，除填列上述號碼外，並請填列護照號碼。具本國國民身分者，此欄免填。

四、開始使用排卵藥物等進入治療週期日期：請填寫受術妻開始使用排卵藥物之西元日期，若受術妻未使用排卵藥物，使用冷凍胚胎或計算自然週期時，則請填寫受術妻接受生殖系統之檢查以進入治療週期之日期。

五、人工生殖相關資料：

1. 不孕期間：有正常性生活，未使用避孕方法，但未懷孕之期間。以年為計算單位，採四捨五入方式計算。

2. 曾做過人工生殖次數：迄本次使用排卵藥物(或治療週期)前，曾做過之人工生殖次數，但不含配偶間人工授精(AIH)次數。

3. 不孕原因：請填寫下列原因代碼：

(1)輸卵管因素；(2)其他女性因素；(3)男性因素；(4)多種因素；(9)不明原因
若為二種以上不孕原因，請填寫代碼(4)，不考量填寫主要原因代碼。

4. 人工生殖方法：本欄每位個案每一治療週期(含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者)均須填寫。個案一進入治療週期，即知採用何種方法，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之方法。請填寫不同人工協助生殖技術方法之代碼：

(1)IVF/ET；(2)GIFT；(3)ZIFT/TET；(4)AID；(5)IVF/ET+GIFT；(9)其他(請註明)

5. 卵巢刺激方式：請填寫受術妻(或捐卵者)卵巢刺激方式之代碼：

(1)藥物刺激；(3)自然周期

6. 有無進行取卵：請填寫受術妻(或捐卵者)注射刺激排卵藥物後，有無進行取卵之代碼：

(1)有；(2)無。

若無進行取卵請填寫下列原因代碼：

(1)卵巢刺激不良。

(2)精子無法取到。

(3)女性病人之原因，如臨時發高燒，身體不適，忘了打針等等。

(4)卵子已排掉了。

(5)其他。

7. 顯微操作技術：請填寫本次週期精卵之結合過程，使用顯微操作技術之情形。如未使用顯微操作技術，則填0。使用情形代號：

(1)ICSI；(2)協助孵化；(3)ICSI+協助孵化；(9)其他(請註明)

8. 精卵來源：請填寫本次週期所使用之精卵來源代碼：

(1)捐精；(2)捐卵；(3)夫妻精卵

捐贈人國民身分證號碼統一編號、外籍人士統一證號、外籍人士護照號碼：前項若填寫(1)或(2)者，請續填此欄，填寫捐贈人之身分證件號碼。

9. 取卵數：請填寫受術妻（或捐卵者）使用排卵藥物後，取得之卵子數目，含不成熟卵。未取得卵則填 0。

10. 正常受精卵數：請填寫此次療程之正常受精卵的數目。

11. 植入卵子數（GIFT）：採用 GIFT 之施術方法時，請填寫本欄之植入卵子數目。

12. 胚胎（受精卵）植入數：請填寫本次週期植入之胚胎或受精卵數目。

13. 胚胎（受精卵）冷凍數：請填寫本次週期未植入且冷凍起來之胚胎或受精卵數目。

14. 冷凍卵子數：請填寫本次週期未植入且冷凍起來之卵子數目。

15. 本次施術後是否仍有精子儲存：請勾選本次週期施術後，精子是否儲存之代碼：

(1)是；(2)否

16. 胚胎種類：本欄每位個案每一治療週期（含未取卵，或未植入卻已完成治療週期者）均須填寫。個案一進入治療週期，即知採用胚胎種類，即可填入。若此治療週期植入時方法改變了，則修正填列實際採用之種類。請填寫植入或預定要植入之胚胎（受精卵）種類代碼：

(1)新鮮；(2)冷凍；(3)二者皆有

17. 植入日期：請填寫胚胎、受精卵或精卵植入之西元日期，同一治療週期者有二次植入時，請填寫第一次植入日期。

18. 卵巢過度刺激症候群：請填寫受術妻（或捐卵者）有無卵巢過度刺激症候群情形之代碼：

(1)無；(2)輕微；(3)中度；(4)嚴重；(9)不明

19. 是否臨床懷孕：請填寫植入後是否臨床懷孕，及填入確知是否臨床懷孕日期或因故只刺激排卵未進行取卵與因故已取卵未植入，兩種已結束治療週期之日期。此欄日期務必填寫，以利電腦系統轉出資料。

臨床懷孕代碼及填報作業如下：

(1)如有臨床懷孕，則請填寫代碼(1)及確知臨床懷孕日期。

另再填寫胚囊數目及有胎心音之數目及或子宮外孕數目。

若已確知懷孕結果，則請填寫懷孕結果各欄。否則需於確知懷孕結果當季，再填具下列各欄懷孕結果通報。

(2)有下列三種情形者，均請填寫代碼(2)及確知無臨床懷孕或結束治療週期日期。

①有植入，但沒有臨床懷孕者。

②有刺激排卵，但未進行取卵已結束此治療週期者。

③有取卵，但未植入已結束此治療週期者。

此三種情形治療週期之資料則通報至此結束。

20. 減胎數：請填寫減胎數目；如未減胎請填 0。

21. 懷孕結果：請先填寫懷孕結果之代碼，另外再填寫確知懷孕結果之日期。並就懷孕結果填寫各種懷孕結果數目。如為自然流產則請於自然流產數欄填寫自然流產數目。人工流產除填寫人工流產數目外，亦請填寫人工流產原因。可複填。

22. 死產或流產之胎兒異常數：請註明死產或流產胎兒異常之數目及先天性缺陷代碼。

23. 活產嬰兒資料：請填寫活產嬰兒生產時之性別（男、女）、妊娠週數（以「週」計，採去尾數法）、體重（以 gm 為單位）及生產方式與身體狀況代碼。

24. 施術醫師：請填寫此次施術之醫師姓名。