



血液透析登記資料準備

所有申請資料均須以中文或英文填寫，並需要於一個月前收到資料。

病人必須把申請表及以下資料電郵或傳真至本中心。

如資料未齊全，一律不會為病人預約。

- 病歷報告
- 乙型肝炎表面抗原、(HBsAg)
- 乙型肝炎表面抗體 (anti-HBs)
- 乙型肝炎核心抗體 (anti-HBc)
- 丙型肝炎抗體(anti-HCV)
- 愛滋病病毒抗體(anti-HIV)
- 肝功能、腎功能及血色素報告
- 最近兩次血液透析治療報告
- 醫生轉介信
- 現時服用的藥物（如適用）
- 現時的治療時間表



海外病人申請接受治療表格

個人資料

中文姓名: _____ (姓) _____ (名)
出生日期: _____ 年齡: _____
性別: _____ 聯絡電話: _____
電郵: _____ 住宅電話: _____
原居地: _____
透析中心名稱 _____
中心聯絡人 _____
電郵地址 _____
電話: _____
緊急聯絡人: _____
緊急聯絡人電話: _____
從何得知本中心服務? 網上搜尋 / 親友介紹 / 其他中心介紹 / 其他: _____

HOLIDAY DIALYSIS INFORMATION 旅遊血液透析資料

到港首次接受血液透析日期: _____
離港前最後一次接受血液透析日期: _____
接受血液透析次數: _____
預計日子及時間 (暫定): _____
來港地址(或飯店名稱): _____
本地聯絡電話: _____

請把此表格連同: 1. 列明病歷及現正接受之藥物名稱之醫生信、2. 最近兩次洗血報告、
3. 最近之報告結果, 包括:腎、肝、血色素、乙型肝炎、丙型肝炎及愛滋病測試報告,
4. 病人同意書電郵至 office@polccf-dialysis.org。



病人同意書

_____ 醫生 (醫生姓名) 將我轉介至愛心力量
中原慈善洗腎中心進行短暫血液透析服務，以維持我的血液透析。我與醫生討論
了我目前的狀況，以及治療的各種方式，包括血液透析。

醫生已為我解釋，治療或會帶來風險，併發症可能會發生。

在簽署前我有機會向醫生詢問問題，並對我的問題的解釋和答案感到滿意。我
亦明白我可以撤回我的簽署的同意書。

我要求並同意持續進行血液透析治療。

病人簽署: _____

病人姓名: _____

日期: _____