

臺北市立聯合醫院婦幼院區母乳庫接受捐贈母乳醫囑單

一、接受者基本資料：

姓名：_____ 出生年月日：_____ 預產期：_____

出生週數：_____週 矯正年齡：_____

出生體重：_____公克 目前體重：_____公克

診斷：_____

目前是否住院中：是 否

母親身份證字號：_____ 連絡電話：_____

聯絡地址：_____

申請日期：_____ E-mail：_____

適應症（依優先順序分配）：

住院中的早產兒

住院中的足月病嬰

重大手術後需要加強營養的嬰兒

先天性異常的嬰兒

吸收不良(malabsorption)的嬰兒

餵食不耐(feeding intolerance)的嬰兒

免疫缺乏的嬰兒(immunologic deficiencies)

出院的早產兒

● 若母乳庫捐贈乳庫存量足夠，則可再提供以下適應症：

其他嬰幼兒

母親罹患疾病必須暫時停止哺乳，疾病名稱：_____

母親自己的母乳因疾病或治療會影響到嬰兒的健康，原因：_____

母親死亡的嬰兒，原因：_____

特殊適應症，原因：_____（由母乳庫專責醫師審核評估）

二、母乳需求量：一餐喝_____cc，一天喝_____餐

三、申請單位：

醫院名稱：_____

科別：_____

醫師：_____（簽名與蓋章）

醫院電話：_____

審核醫師

審核意見

日期

母乳庫信箱:HMB@tpech.gov.tw

因應少紙化需求

所以母乳庫醫屬單改為 E 化申請

麻煩請家屬或醫院改由 MAIL 方式(領取時攜帶正本)

(標註第 N 次申請母乳及申請大名聯絡方式)