

Регистрационен формуляр за клапен имплант On-X\*

Дата на операцията (ГГГГ/ММ/ДД)

Позиция:

SN

СЕРИЕН НОМЕР

REF

КАТАЛОЖЕН НОМЕР

🕒

ДА СЕ ИЗПОЛЗВА ПРЕДИ

☐ Имплант или

☐ Не се използва

или

☐ Дата на експлантиране

или

☐ Дата на смъртта

Допълнителни клапи On-X за същия пациент

☐ Да

☐ Не

2<sup>ра</sup> клапа

Позиция:

SN

СЕРИЕН НОМЕР

REF

КАТАЛОЖЕН НОМЕР

🕒

ДА СЕ ИЗПОЛЗВА ПРЕДИ

☐ Имплант или

☐ Не се използва

или

☐ Дата на експлантиране

или

☐ Дата на смъртта

3<sup>та</sup> клапа

Позиция:

SN

СЕРИЕН НОМЕР

REF

КАТАЛОЖЕН НОМЕР

🕒

ДА СЕ ИЗПОЛЗВА ПРЕДИ

☐ Имплант или

☐ Не се използва

или

☐ Дата на експлантиране

или

☐ Дата на смъртта

Пациент

Име:

Фамилия:

Пол:

☐ М

☐ Ж

☐ Не е посочено

SSN/MRN:

Дата на раждане (ГГГГ/ММ/ДД):

Адрес за кореспонденция:

Адрес за кореспонденция 2:

Град:

Област:

Пощенски код:

Държава:

Телефон:

Email:

Болница

Име на болница:

Телефон:

Адрес за кореспонденция:

Адрес за кореспонденция 2:

Град:

Област:

Пощенски код:

Държава:

Хирург (Експлантиращ хирург при докладване на Дата на експлантиране)

Име:

Фамилия:

Адрес за кореспонденция:

Адрес за кореспонденция 2:

Град:

Област:

Пощенски код:

Държава:

Телефон:

NPI:

Проследяващ лекар (Кардиолог или лекар по първични грижи)

☐ Същия като хирурга

Име:

Фамилия:

Адрес за кореспонденция:

Адрес за кореспонденция 2:

Град:

Област:

Пощенски код:

Държава:

Телефон:

NPI:

Коментари:

Печатно име/Титла:

Подпис:

Днешна дата:

Телефон:

\*Моля, попълнете този формуляр възможно най-пълно, доколкото ви го позволяват местните закони, и го върнете незабавно на On-X Life Technologies, Inc. или местния ви дистрибутор.

Така всеки пациент ще бъде въведен в регистъра на имплантите и ще е възможно бъдещо проследяване.

Политика за поверителност на CryoLife: [www.CryoLife.com/privacy-policy/](http://www.CryoLife.com/privacy-policy/)

840497 02 BG Rev. C