

On-X-läpän implantoinnin rekisteröintilomake*

Leikkauspäivämäärä (VVV/KK/PP):

Sijainti:

SN

SARJANUMERO

REF

LUETTELONUMERO

🕒

VIIMEINEN KÄYTTÖPÄIVÄ

☐ Implantoitu tai
☐ Ei käytetty _____ tai
☐ Eksplantointipäivä _____ tai
☐ Kuolinpäivä _____

Saman potilaan muut On-X-läpät

☐ Kyllä
☐ Ei

2.läppä

Sijainti:

SN

SARJANUMERO

REF

LUETTELONUMERO

🕒

VIIMEINEN KÄYTTÖPÄIVÄ

☐ Implantoitu tai
☐ Ei käytetty _____ tai
☐ Eksplantointipäivä _____ tai
☐ Kuolinpäivä _____

3.läppä

Sijainti:

SN

SARJANUMERO

REF

LUETTELONUMERO

🕒

VIIMEINEN KÄYTTÖPÄIVÄ

☐ Implantoitu tai
☐ Ei käytetty _____ tai
☐ Eksplantointipäivä _____ tai
☐ Kuolinpäivä _____

Potilas

Etunimi:

Sukunimi:

Sukupuoli:

☐ M
☐ N
☐ Muu

SSN/MRN:

Syntymäaika (VVV/KK/PP):

Postiosoite:

Postiosoite 2:

Paikkakunta:

Osavaltio/alue:

Postinumero:

Maa:

Puhelin:

Sähköposti:

Sairaala

Sairaalan nimi:

Puhelin:

Postiosoite:

Postiosoite 2:

Paikkakunta:

Osavaltio/alue:

Postinumero:

Maa:

Kirurgi (eksplantoiva kirurgi, jos ilmoitetaan eksplantointipäivä)

Etunimi:

Sukunimi:

Postiosoite:

Postiosoite 2:

Paikkakunta:

Osavaltio/alue:

Postinumero:

Maa:

Puhelin:

NPI:

Hoitava lääkäri (kardiologi tai perusterveyshuollon lääkäri)

☐ Sama kuin kirurgi

Etunimi:

Sukunimi:

Postiosoite:

Postiosoite 2:

Paikkakunta:

Osavaltio/alue:

Postinumero:

Maa:

Puhelin:

NPI:

Huomautuksia:

Nimi/virkanimi painokirjaimin:

Allekirjoitus:

Lomakkeen täyttöpäivä:

Puhelin:

*Täytä tämä lomake niin täydellisesti kuin paikallinen lainsäädäntö sallii ja palauta se mahdollisimman pian On-X Life Technologies, Inc:lle tai paikalliselle jälleenmyyjälle.

Näin jokainen potilas voidaan merkitä implantointirekisteriin seurantaan liittyvän jäljitettävyyden mahdollistamiseksi.

CryoLifen tietosuojakäytäntö: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 FI Rev. C