

Formulaire d'enregistrement de l'implant de valve On-X*

Date de l'intervention chirurgicale (JJ/MM/AAAA) :	Position :	SN NUMÉRO DE SÉRIE	REF NUMÉRO DE RÉFÉRENCE	 DATE D'EXPIRATION
--	------------	------------------------------	-----------------------------------	---

Implant ou Non utilisé _____ ou Date d'explantation _____ ou Date de décès _____

Valves On-X supplémentaires pour le même patient Oui Non

2^e valve	Position :	SN NUMÉRO DE SÉRIE	REF NUMÉRO DE RÉFÉRENCE	 DATE D'EXPIRATION
----------------------------	------------	------------------------------	-----------------------------------	---

Implant ou Non utilisé _____ ou Date d'explantation _____ ou Date de décès _____

3^e valve	Position :	SN NUMÉRO DE SÉRIE	REF NUMÉRO DE RÉFÉRENCE	 DATE D'EXPIRATION
----------------------------	------------	------------------------------	-----------------------------------	---

Implant ou Non utilisé _____ ou Date d'explantation _____ ou Date de décès _____

Patient

Prénom :	Nom :		
----------	-------	--	--

Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non indiqué	SSN/MRN:	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	
---	----------	----------------------------------	--

Adresse postale :	Adresse postale 2 :		
-------------------	---------------------	--	--

Ville :	Département :	Code postal :	Pays :
---------	---------------	---------------	--------

Téléphone :	Email :		
-------------	---------	--	--

Hôpital

Nom de l'hôpital :	Téléphone :		
--------------------	-------------	--	--

Adresse postale :	Adresse postale 2 :		
-------------------	---------------------	--	--

Ville :	Département :	Code postal :	Pays :
---------	---------------	---------------	--------

Chirurgien (chirurgien ayant pratiqué l'explantation si la date d'explantation est renseignée)

Prénom :	Nom :		
----------	-------	--	--

Adresse postale :	Adresse postale 2 :		
-------------------	---------------------	--	--

Ville :	Département :	Code postal :	Pays :
---------	---------------	---------------	--------

Téléphone :	NPI :		
-------------	-------	--	--

Médecin traitant (Cardiologue ou médecin généraliste) Le chirurgien lui-même

Prénom :	Nom :		
----------	-------	--	--

Adresse postale :	Adresse postale 2 :		
-------------------	---------------------	--	--

Ville :	Département :	Code postal :	Pays :
---------	---------------	---------------	--------

Téléphone :	NPI :		
-------------	-------	--	--

Commentaires :	Nom/Titre (en caractères d'imprimerie) :		
----------------	--	--	--

Commentaires :	Signature :		
----------------	-------------	--	--

Commentaires :	Date :	Téléphone :
----------------	--------	-------------

*Veuillez remplir ce formulaire de manière aussi exhaustive que possible, dans les limites autorisées par la législation locale, puis le renvoyer dans les plus brefs délais à On-X Life Technologies, Inc. ou à votre distributeur local. Chaque patient sera ainsi inscrit au registre des implants, ce qui permettra de garantir la traçabilité pour le suivi futur.