

Modulo di registrazione dell'impianto di valvola On-X*					
Data dell'intervento (GG/MM/AAAA):	Posizione:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div> NUMERO DI SERIE	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div> NUMERO DI CATALOGO	 DATA DI SCADENZA	
<input type="checkbox"/> Impianto o <input type="checkbox"/> Non utilizzato _____ o <input type="checkbox"/> Data di espianto _____ o <input type="checkbox"/> Data di decesso _____					
Valvole On-X aggiuntive per lo stesso paziente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
2 <sup>a</sup> valvola	Posizione:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div> NUMERO DI SERIE	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div> NUMERO DI CATALOGO	 DATA DI SCADENZA	
<input type="checkbox"/> Impianto o <input type="checkbox"/> Non utilizzato _____ o <input type="checkbox"/> Data di espianto _____ o <input type="checkbox"/> Data di decesso _____					
3 <sup>a</sup> valvola	Posizione:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div> NUMERO DI SERIE	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div> NUMERO DI CATALOGO	 DATA DI SCADENZA	
<input type="checkbox"/> Impianto o <input type="checkbox"/> Non utilizzato _____ o <input type="checkbox"/> Data di espianto _____ o <input type="checkbox"/> Data di decesso _____					
Paziente					
Nome:			Cognome:		
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non indicato	SSN/MRN:		Data di nascita (GG/MM/AAAA):		
Indirizzo di posta:			Indirizzo di posta 2:		
Città:	Stato/Prov.:	Codice postale:	Paese:		
Telefono:			Email:		
Ospedale					
Nome dell'ospedale:			Telefono:		
Indirizzo di posta:			Indirizzo di posta 2:		
Città:	Stato/Prov.:	Codice postale:	Paese:		
Chirurgo (chirurgo espantatore se si riporta la data di espianto)					
Nome:			Cognome:		
Indirizzo di posta:			Indirizzo di posta 2:		
Città:	Stato/Prov.:	Codice postale:	Paese:		
Telefono:			NPI:		
Medico curante (cardiologo o medico di base) <input type="checkbox"/> Coincide con il chirurgo					
Nome:			Cognome:		
Indirizzo di posta:			Indirizzo di posta 2:		
Città:	Stato/Prov.:	Codice postale:	Paese:		
Telefono:			NPI:		
Commenti:			Nome in stampatello/Titolo:		
			Firma:		
			Data odierna:	Telefono:	

\*Si prega di compilare questo modulo con la massima completezza consentita dalle leggi locali e di rinviarlo tempestivamente a On-X Life Technologies, Inc. o al proprio distributore locale. Questo permetterà l'inserimento di ciascun paziente nel registro delle protesi e la tracciabilità per il follow-up successivo.