

On-X 판막 이식물 등록신청서*

수술일
(연/월/일):

위치:

SN

일련번호

REF

카탈로그 번호

사용기한

☐ 이식 또는

☐ 미사용

또는

☐ 외식일

또는

☐ 사망일

동일 환자용 On-X 판막

☐ 예

☐ 아니요

2번째 판막

위치:

SN

일련번호

REF

카탈로그 번호

사용기한

☐ 이식 또는

☐ 미사용

또는

☐ 외식일

또는

☐ 사망일

3번째 판막

위치:

SN

일련번호

REF

카탈로그 번호

사용기한

☐ 이식 또는

☐ 미사용

또는

☐ 외식일

또는

☐ 사망일

환자

이름:

성:

성별:
하지 않음

☐ 남

☐ 여

☐ 표시

SSN/MRN:

생년월일(연/월/일):

우편주소:

우편주소2:

시/군/구:

시/도:

우편번호:

국가:

전화번호:

이메일:

병원

병원명:

전화번호:

우편주소:

우편주소2:

시/군/구:

시/도:

우편번호:

국가:

외과의(외식일을 보고하는 경우 외식의)

이름:

성:

우편주소:

우편주소2:

시/군/구:

시/도:

우편번호:

국가:

전화번호:

NPI:

다음 의사(심장병전문의 또는 주치의)

☐ 외과의와 동일

이름:

성:

우편주소:

우편주소2:

시/군/구:

시/도:

우편번호:

국가:

전화번호:

NPI:

의견:

이름/직위:

서명:

오늘 날짜:

전화번호:

*관련 법규에서 허용하는 최대한으로 본 양식을 작성하여 On-X Life Technologies, Inc. 또는 담당 대리점에 반송해 주십시오.
각 환자가 이식 등록부에 등록되고 향후 추적할 수 있게 됩니다.