

On-X vārstuļa implantāta reģistrācijas veidlapa*

Operācijas datums (GGGG/MM/DD):

Pozīcija:

SN

SĒRIJAS NUMURS

REF

KATALOGA NUMURS



DERĪGUMA TERMIŅŠ

☐ Implantāts vai
☐ Nav izmantots _____ vai
☐ Eksplantācijas datums _____ vai
☐ Miršanas datums _____

Papildu On-X vārstuļi tam pašam pacientam

☐ Jā
☐ Nē

2. vārstulis

Pozīcija:

SN

SĒRIJAS NUMURS

REF

KATALOGA NUMURS



DERĪGUMA TERMIŅŠ

☐ Implantāts vai
☐ Nav izmantots _____ vai
☐ Eksplantācijas datums _____ vai
☐ Miršanas datums _____

3. vārstulis

Pozīcija:

SN

SĒRIJAS NUMURS

REF

KATALOGA NUMURS



DERĪGUMA TERMIŅŠ

☐ Implantāts vai
☐ Nav izmantots _____ vai
☐ Eksplantācijas datums _____ vai
☐ Miršanas datums _____

Pacients

Vārds:

Uzvārds:

Dzimums:

☐ V
☐ S
☐ Nav norādīts

SSN/MRN:

Dzimšanas datums (GGGG/MM/DD):

Pasta adrese:

2. pasta adrese:

Pilsēta:

Novads:

Pasta indekss:

Valsts:

Tālrunis:

E-pasta adrese:

Slimnīca

Slimnīcas nosaukums:

Tālrunis:

Pasta adrese:

2. pasta adrese:

Pilsēta:

Novads:

Pasta indekss:

Valsts:

Ķirurgs (eksplantācijas ķirurgs, ja tiek ziņots eksplantācijas datums)

Vārds:

Uzvārds:

Pasta adrese:

2. pasta adrese:

Pilsēta:

Novads:

Pasta indekss:

Valsts:

Tālrunis:

NPI:

Ārstējošais ārsts (kardiologs vai ģimenes ārsts)

☐ Iepriekš norādītais ķirurgs

Vārds:

Uzvārds:

Pasta adrese:

2. pasta adrese:

Pilsēta:

Novads:

Pasta indekss:

Valsts:

Tālrunis:

NPI:

Komentāri:

Vārds, uzvārds/amats drukātiem burtiem:

Paraksts:

Pašreizējais datums:

Tālrunis:

*Lūdzu, aizpildiet šo veidlapu, norādot visu to informāciju, ko atļauj spēkā esošie tiesību akti, un nosūtiet to nekavējoties uzņēmumam On-X Life Technologies, Inc. vai vietējam izplatītājam.

Tā ļaus ievadīt visu pacientu datus implantātu reģistrā un nodrošinās izsekojamību turpmākai novērošanai.

Uzņēmuma CryoLife privātuma politika: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 LV Rev. C