

On-X ventilimplantatregistreringsskjema*

Operasjonsdato (AAAA/MM/DD):

Posisjon:

SN

SERIENUMMER

REF

KATALOGNUMMER

BRUKES INNEN

☐ Implantat eller
 ☐ Ikke i bruk _____ eller
 ☐ Eksplantatdato _____ eller
 ☐ Dødsdato _____

Ekstra On-X-ventiler for samme pasient ☐ Ja ☐ Nei

2. ventil

Posisjon:

SN

SERIENUMMER

REF

KATALOGNUMMER

BRUKES INNEN

☐ Implantat eller
 ☐ Ikke i bruk _____ eller
 ☐ Eksplantatdato _____ eller
 ☐ Dødsdato _____

3. ventil

Posisjon:

SN

SERIENUMMER

REF

KATALOGNUMMER

BRUKES INNEN

☐ Implantat eller
 ☐ Ikke i bruk _____ eller
 ☐ Eksplantatdato _____ eller
 ☐ Dødsdato _____

Pasient

Fornavn:

Etternavn:

Kjønn: ☐ M ☐ F ☐ Ikke angitt

SSN/MRN:

Fødselsdato (AAAA/MM/DD):

Postadresse:

Postadresse 2:

By:

Stat/provins:

Postnummer:

Land:

Telefon:

E-post:

Sykehus

Sykehusets navn:

Telefon:

Postadresse:

Postadresse 2:

By:

Stat/provins:

Postnummer:

Land:

Kirurg (eksplanterende kirurg ved rapportering av en eksplanteringsdato)

Fornavn:

Etternavn:

Postadresse:

Postadresse 2:

By:

Stat/provins:

Postnummer:

Land:

Telefon:

NPI:

Følgende lege (kardiolog eller primærpleielege) ☐ Samme som kirurg

Fornavn:

Etternavn:

Postadresse:

Postadresse 2:

By:

Stat/provins:

Postnummer:

Land:

Telefon:

NPI:

Kommentarer:

Navn/tittel med blokkbokstaver:

Signatur:

Dagens dato:

Telefon:

*Fyll ut dette skjemaet så fullstendig som lokal lov tillater det, og returner det umiddelbart til On-X Life Technologies, Inc. eller til din lokale distributør. Dette vil legge inn hver pasient i implantatregisteret og tillate sporbarhet for fremtidig oppfølging.

CryoLifes retningslinjer for personvern: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 NO Rev. C