

## Formulário de Registo de Implante Valvular On-X\*

Data da cirurgia (AAAA/MM/DD):	Posição:	<b>SN</b> NÚMERO DE SÉRIE	<b>REF</b> NUMERO DE CATÁLOGO	 DATA DE VALIDADE
--------------------------------	----------	------------------------------	----------------------------------	----------------------

☐ Implante ou ☐ Não utilizado \_\_\_\_\_ ou ☐ Data de explantação \_\_\_\_\_ ou ☐ Data de óbito \_\_\_\_\_

### Válvulas On-X adicionais para o mesmo paciente ☐ Sim ☐ Não

<b>2.ª Válvula</b>	Posição:	<b>SN</b> NÚMERO DE SÉRIE	<b>REF</b> NUMERO DE CATÁLOGO	 DATA DE VALIDADE
--------------------	----------	------------------------------	----------------------------------	----------------------

☐ Implante ou ☐ Não utilizado \_\_\_\_\_ ou ☐ Data de explantação \_\_\_\_\_ ou ☐ Data de óbito \_\_\_\_\_

<b>3.ª Válvula</b>	Posição:	<b>SN</b> NÚMERO DE SÉRIE	<b>REF</b> NUMERO DE CATÁLOGO	 DATA DE VALIDADE
--------------------	----------	------------------------------	----------------------------------	----------------------

☐ Implante ou ☐ Não utilizado \_\_\_\_\_ ou ☐ Data de explantação \_\_\_\_\_ ou ☐ Data de óbito \_\_\_\_\_

### Paciente

Nome próprio:		Apelido:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Não indicado	SSN/MRN:	Data de nascimento (AAAA/MM/DD):	
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:	
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:
Telefone:		E-mail:	

### Hospital

Nome do hospital:		Telefone:	
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:	
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:

### Cirurgião (Cirurgião responsável pela explantação se indicar a data de explantação)

Nome próprio:		Apelido:	
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:	
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:
Telefone:		NPI:	

### Médico seguinte (Cardiologista ou Médico de Cuidados Primários) ☐ O mesmo que o Cirurgião

Nome próprio:		Apelido:	
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:	
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:
Telefone:		NPI:	
Comentários:		Nome impresso/Título:	
		Assinatura:	
		Data de hoje:	Telefone:

\*Por favor preencha este formulário da forma mais completa possível de acordo com o permitido por lei, e devolva-o de imediato à On-X Life Technologies, Inc. ou ao seu distribuidor local.  
Este irá inscrever o paciente no registo de implantes e permitir a rastreabilidade para acompanhamento futuro.

**Política de Privacidade da CryoLife: [www.CryoLife.com/privacy-policy/](http://www.CryoLife.com/privacy-policy/)**