

Formulár registrácie chlopňového implantátu On-X*

Dátum chirurgického zákroku (RRRR/MM/DD):	Poloha:	SN SÉRIOVÉ ČÍSLO	REF KATALÓGOVÉ ČÍSLO	 DÁTUM SPOTREBY
---	---------	----------------------------	--------------------------------	---

☐ Implantát alebo ☐ Nepoužitý _____ alebo ☐ Dátum explantácie _____ alebo ☐ Dátum úmrtia _____

Dodatočné chlopne On-X pre toho istého pacienta

☐ Áno ☐ Nie

2. chlopňa	Poloha:	SN SÉRIOVÉ ČÍSLO	REF KATALÓGOVÉ ČÍSLO	 DÁTUM SPOTREBY
-------------------	---------	----------------------------	--------------------------------	---

☐ Implantát alebo ☐ Nepoužitý _____ alebo ☐ Dátum explantácie _____ alebo ☐ Dátum úmrtia _____

3. chlopňa	Poloha:	SN SÉRIOVÉ ČÍSLO	REF KATALÓGOVÉ ČÍSLO	 DÁTUM SPOTREBY
-------------------	---------	----------------------------	--------------------------------	---

☐ Implantát alebo ☐ Nepoužitý _____ alebo ☐ Dátum explantácie _____ alebo ☐ Dátum úmrtia _____

Pacient

Meno:		Priezvisko:	
Pohlavie: ☐ M ☐ Ž ☐ Neuvedené	SSN/MRN:	Dátum narodenia (RRRR/MM/DD):	
E-mailová adresa:		E-mailová adresa 2:	
Mesto:	Štát/provincia:	PSČ:	Krajina:
Telefón:		E-mail:	

Nemocnica

Názov nemocnice:	Telefón:
E-mailová adresa:	E-mailová adresa 2:
Mesto:	Štát/provincia:
PSČ:	Krajina:

Chirurg (explantujúci chirurg pri hlásení dátumu explantácie)

Meno:	Priezvisko:
E-mailová adresa:	E-mailová adresa 2:
Mesto:	Štát/provincia:
PSČ:	Krajina:
Telefón:	NPI:

Sledujúci lekár (kardiológ alebo lekár prvej starostlivosti) ☐ Ten istý ako chirurg

Meno:	Priezvisko:
E-mailová adresa:	E-mailová adresa 2:
Mesto:	Štát/provincia:
PSČ:	Krajina:
Telefón:	NPI:
Poznámky:	Meno/Titul tlačným písmom:
	Podpis:
	Dnešný dátum:
	Telefón:

*Vyplňte formulár tak úplne, ako to miestny zákon umožňuje, a neodkladne ho vráťte spoločnosti On-X Life Technologies, Inc. alebo miestnemu distribútorovi.
Tým bude každý pacient zadán do registra implantátov a umožní to sledovateľnosť pri budúcom sledovaní.

Zásady ochrany súkromia spoločnosti CryoLife: www.CryoLife.com/privacy-policy/