

Registrski obrazec za vsadek zaklopke On-X*

Datum operacije (LLLL/MM/DD):

Položaj:

SN

SERIJSKA ŠTEVILKA

REF

KATALOŠKA ŠTEVILKA

ROK UPORABE

☐ Vsadek ali
☐ Ni uporabljen _____ ali
☐ Datum odstranitve _____ ali
☐ Datum smrti _____

Dodatne zaklopke On-X za istega bolnika

☐ Da
☐ Ne

2. zaklopka

Položaj:

SN

SERIJSKA ŠTEVILKA

REF

KATALOŠKA ŠTEVILKA

ROK UPORABE

☐ Vsadek ali
☐ Ni uporabljen _____ ali
☐ Datum odstranitve _____ ali
☐ Datum smrti _____

3. zaklopka

Položaj:

SN

SERIJSKA ŠTEVILKA

REF

KATALOŠKA ŠTEVILKA

ROK UPORABE

☐ Vsadek ali
☐ Ni uporabljen _____ ali
☐ Datum odstranitve _____ ali
☐ Datum smrti _____

Bolnik

Ime:

Priimek:

Spol:

☐ M
☐ Ž
☐ Ni navedeno

SSN/MRN:

Rojstni datum (LLLL/MM/DD):

Naslov:

Naslov 2:

Kraj:

Zvezna dežela:

Poštna št.:

Država:

Telefon:

E-pošta:

Bolnišnica

Ime bolnišnice:

Telefon:

Naslov:

Naslov 2:

Kraj:

Zvezna dežela:

Poštna št.:

Država:

Kirurg (kirurg, ki je vsadek odstranil, če je poročan datum odstranitve)

Ime:

Priimek:

Naslov:

Naslov 2:

Kraj:

Zvezna dežela:

Poštna št.:

Država:

Telefon:

NPI:

Kontrolni zdravnik (kardiolog ali osebni zdravnik)

☐ Isti kot kirurg

Ime:

Priimek:

Naslov:

Naslov 2:

Kraj:

Zvezna dežela:

Poštna št.:

Država:

Telefon:

NPI:

Opombe:

Ime/naziv z velikimi črkami:

Podpis:

Današnji datum:

Telefon:

*Obrazec izpolnite v celoti, kot dopušča krajevni zakon, in ga čim prej vrnite podjetju On-X Life Technologies, Inc. ali svojemu distributerju.
Tako bo mogoče vsakega bolnika vnesti v register vsadkov, s čimer jih bo mogoče v prihodnosti spremljati.

Izjava o zasebnosti družbe CryoLife: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 SL Rev. C