

Образац за регистрацију имплантата On-X записка*

Датум операције (ГТТГ/ММ/ДД):

Положај:

SN

СЕРИЈСКИ БРОЈ

REF

КАТАЛОШКИ БРОЈ

🕒

УПОТРЕБЉИВО ДО

☐ Имплантат или
☐ Није коришћено

или

☐ Датум експлантата

или

☐ Датум смрти

Додатни On-X записци за истог пацијента

☐ Да
☐ Не

2. залистак

Положај:

SN

СЕРИЈСКИ БРОЈ

REF

КАТАЛОШКИ БРОЈ

🕒

УПОТРЕБЉИВО ДО

☐ Имплантат или
☐ Није коришћено

или

☐ Датум експлантата

или

☐ Датум смрти

3. залистак

Положај:

SN

СЕРИЈСКИ БРОЈ

REF

КАТАЛОШКИ БРОЈ

🕒

УПОТРЕБЉИВО ДО

☐ Имплантат или
☐ Није коришћено

или

☐ Датум експлантата

или

☐ Датум смрти

Пацијент

Име:

Презиме:

Пол:

☐ М
☐ Ж
☐ Није наведено

SSN/MRN:

Датум рођења (ГТТГ/ММ/ДД):

Поштанска адреса:

Поштанска адреса 2:

Град:

Држава/покрајина:

Поштански број:

Земља:

Телефон:

Е-пошта:

Болница

Име болнице:

Телефон:

Поштанска адреса:

Поштанска адреса 2:

Град:

Држава/покрајина:

Поштански број:

Земља:

Хирург (хирург који је обавио експлантацију ако се пријављује датум експлантата)

Име:

Презиме:

Поштанска адреса:

Поштанска адреса 2:

Град:

Држава/покрајина:

Поштански број:

Земља:

Телефон:

NPI:

Лекар који врши праћење (кардиолог или лекар опште праксе)

☐ Исто као хирург

Име:

Презиме:

Поштанска адреса:

Поштанска адреса 2:

Град:

Држава/покрајина:

Поштански број:

Земља:

Телефон:

NPI:

Коментари:

Име/титула штампаним словима:

Потпис:

Данашњи датум:

Телефон:

*Потпуно попуните овај образац колико то дозвољава локални закон и брзо га вратите компанији On-X Life Technologies, Inc. или локалном дистрибутеру.

Ово ће унети сваког пацијента у регистратор имплантата и омогућити будуће праћење.

Политика заштите приватности компаније CryoLife: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 SR Rev. C