

Форма реєстрації імплантата On-X*

Дата операції (РРРР/ММ/ДД):

Положення:

SN

СЕРІЙНИЙ НОМЕР

REF

НОМЕР ЗА КАТАЛОГОМ

🕒

ВИКОРИСТАТИ ДО

☐ Імплантовано або
☐ Не використано

або

☐ Дата експлантації

або

☐ Дата смерті

Додаткові клапани On-X для того ж пацієнта

☐ Так
☐ Ні

2-й клапан

Положення:

SN

СЕРІЙНИЙ НОМЕР

REF

НОМЕР ЗА КАТАЛОГОМ

🕒

ВИКОРИСТАТИ ДО

☐ Імплантовано або
☐ Не використано

або

☐ Дата експлантації

або

☐ Дата смерті

3-й клапан

Положення:

SN

СЕРІЙНИЙ НОМЕР

REF

НОМЕР ЗА КАТАЛОГОМ

🕒

ВИКОРИСТАТИ ДО

☐ Імплантовано або
☐ Не використано

або

☐ Дата експлантації

або

☐ Дата смерті

Пацієнт

Ім'я:

Прізвище:

Стать:

☐ Ч
☐ Ж
☐ Не вказано

SSN/MRN:

Дата народження (РРРР/ММ/ДД)

Поштова адреса:

Поштова адреса 2:

Місто:

Штат/область:

Поштовий індекс:

Країна:

Телефон:

Ел. пошта:

Лікарня

Назва лікарні:

Телефон:

Поштова адреса:

Поштова адреса 2:

Місто:

Штат/область:

Поштовий індекс:

Країна:

Хірург (хірург, який виконав експлантацію, якщо вказана дата експлантації)

Ім'я:

Прізвище:

Поштова адреса:

Поштова адреса 2:

Місто:

Штат/область:

Поштовий індекс:

Країна:

Телефон:

NPI:

Особистий лікар (кардіолог або терапевт) ☐ Той же, що й хірург

Ім'я:

Прізвище:

Поштова адреса:

Поштова адреса 2:

Місто:

Штат/область:

Поштовий індекс:

Країна:

Телефон:

NPI:

Коментарі:

ПІБ/посада друкованими літерами:

Підпис:

Сьогоднішня дата:

Телефон:

*Заповніть цю форму якомога повніше, наскільки це дозволяє місцеве законодавство, і швидше поверніть компанії On-X Life Technologies, Inc. або нашому місцевому дистриб'ютору.

Таким чином кожного пацієнта буде внесено до реєстру імплантатів і це дозволить відслідковувати їх і в майбутньому проводити подальше спостереження.

Політика конфіденційності CryoLife: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 UK Rev. C