

Registrační formulář implantátu chlopně On-X*

| | | | | |
|-----------------------------|---------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Datum operace (RRRR/MM/DD): | Pozice: | SN VÝROBNÍ ČÍSLO | REF KATALOGOVÉ ČÍSLO | DATUM POUŽITELNOSTI |
|-----------------------------|---------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|

Implantováno nebo Nepoužito _____ nebo Datum explantace _____ nebo Datum úmrtí _____

Další chlopně On-X u stejného pacienta Ano Ne

| | | | | |
|-------------------|---------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 2. chlopeň | Pozice: | SN VÝROBNÍ ČÍSLO | REF KATALOGOVÉ ČÍSLO | DATUM POUŽITELNOSTI |
|-------------------|---------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|

Implantováno nebo Nepoužito _____ nebo Datum explantace _____ nebo Datum úmrtí _____

| | | | | |
|-------------------|---------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 3. chlopeň | Pozice: | SN VÝROBNÍ ČÍSLO | REF KATALOGOVÉ ČÍSLO | DATUM POUŽITELNOSTI |
|-------------------|---------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|

Implantováno nebo Nepoužito _____ nebo Datum explantace _____ nebo Datum úmrtí _____

Pacient

| | | | | |
|---|------------|------------------------------|-------|--|
| Jméno: | | Příjmení: | | |
| Pohlaví: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> Neuvedeno | SSN/MRN: | Datum narození (RRRR/MM/DD): | | |
| Poštovní adresa: | | Poštovní adresa 2: | | |
| Město: | Stát/kraj: | PSČ: | Země: | |
| Telefonní číslo: | | E-mail: | | |

Nemocnice

| | | | | |
|------------------|------------|--------------------|-------|--|
| Název nemocnice: | | Telefonní číslo: | | |
| Poštovní adresa: | | Poštovní adresa 2: | | |
| Město: | Stát/kraj: | PSČ: | Země: | |

Chirurg (explantující chirurg v případě data explantace)

| | | | | |
|------------------|------------|--------------------|-------|--|
| Jméno: | | Příjmení: | | |
| Poštovní adresa: | | Poštovní adresa 2: | | |
| Město: | Stát/kraj: | PSČ: | Země: | |
| Telefonní číslo: | | NPI: | | |

Sledující lékař (kardiolog nebo lékař primární péče) Stejný jako chirurg

| | | | | |
|------------------|------------|---------------------------------|------------------|--|
| Jméno: | | Příjmení: | | |
| Poštovní adresa: | | Poštovní adresa 2: | | |
| Město: | Stát/kraj: | PSČ: | Země: | |
| Telefonní číslo: | | NPI: | | |
| Poznámky: | | Jméno tiskacím písmem/oslovení: | | |
| | | Podpis: | | |
| | | Dnešní datum: | Telefonní číslo: | |

*Prosím, vyplňte tento formulář co nejuplněji v souladu s místními zákony a neprodleně jej vraťte společnosti On-X Life Technologies, Inc. nebo svému místnímu distributorovi. Tím zadáte každého pacienta do implantačního registru a umožníte sledování v budoucnosti.