

On-X-i klapi implantaadi registreerimisvorm*

Operatsiooni kuupäev (AAAA/KK/PP):	Asukoht:	SN SEERIANUMBER	REF KATALOOGINUMBER.	 KÕLBLIK KUNI KUUPÄEVANI
------------------------------------	----------	---------------------------	--------------------------------	--

Implantaat või Ei kasutata _____ või Eksplantaadi kuupäev _____ või Surma kuupäev _____

Täiendavad On-X-klapid sama patsiendi jaoks Jah Ei

2. klapp	Asukoht:	SN SEERIANUMBER	REF KATALOOGINUMBER.	 KÕLBLIK KUNI KUUPÄEVANI
-----------------	----------	---------------------------	--------------------------------	--

Implantaat või Ei kasutata _____ või Eksplantaadi kuupäev _____ või Surma kuupäev _____

3. klapp	Asukoht:	SN SEERIANUMBER	REF KATALOOGINUMBER.	 KÕLBLIK KUNI KUUPÄEVANI
-----------------	----------	---------------------------	--------------------------------	--

Implantaat või Ei kasutata _____ või Eksplantaadi kuupäev _____ või Surma kuupäev _____

Patsient

Eesnimi:	Perekonnanimi:		
Sugu <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Pole näidustatud	SSN/MRN:	Sünnikuupäev (AAAA/KK/PP):	
Postiaadress:	Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:
Telefon:	E-post:		

Haigla

Haigla nimi:	Telefon:		
Postiaadress:	Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:

Kirurg (eksplantaati paigaldav kirurg, kui aruandes on eksplandi kuupäev)

Eesnimi:	Perekonnanimi:		
Postiaadress:	Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:
Telefon:	NPI:		

Jälgiv arst (kardioloog või kiirabiirarst) Sama kui kirurg

Eesnimi:	Perekonnanimi:		
Postiaadress:	Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:
Telefon:	NPI:		
Kommentaariid:	Trükitud nimi/titel:		
	Allkiri:		
	Tänane kuupäev:	Telefon:	

* Täitke see vorm nii täielikult, kui kohalik seadus lubab, ja saatke kohe tagasi ettevõttele On-X Life Technologies, Inc. või kohalikule edasimüüjale. Sellega sisestatakse kõik patsiendid implantaadi registrisse, mis võimaldab jälgitavust tuleviku seiretes.