

نمابر: 512.339.3636، قابل توجه: رادیایی دستگاه  
تلفن: 512.339.8000 • رایانامه: onx@onxlti.com

فرم ثبت نصب دریچه On-X\*

تاریخ جراحی (YYYY/MM/DD):	سمت:	SN شماره سریال	REF شماره کاتالوگ	تاریخ انقضا
------------------------------	------	-------------------	----------------------	-------------

نصب یا  استفاده نشده یا  تاریخ خارج کردن  یا  تاریخ فوت

دریچه اضافی On-X برای همان بیمار  بله  نه

تاریخ جراحی (YYYY/MM/DD):	سمت:	SN شماره سریال	REF شماره کاتالوگ	تاریخ انقضا
------------------------------	------	-------------------	----------------------	-------------

نصب یا  استفاده نشده یا  تاریخ خارج کردن  یا  تاریخ فوت

تاریخ جراحی (YYYY/MM/DD):	سمت:	SN شماره سریال	REF شماره کاتالوگ	تاریخ انقضا
------------------------------	------	-------------------	----------------------	-------------

نصب یا  استفاده نشده یا  تاریخ خارج کردن  یا  تاریخ فوت

بیمار

نام:	نام خانوادگی:		
جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مشخص نشده	SSN/MRN:	تاریخ تولد (YYYY/MM/DD):	
آدرس پستی:	آدرس پستی 2:		
شهر:	ایالت/استان:	کد پستی:	کشور:
تلفن:	رایانامه:		

بیمارستان

نام بیمارستان:	تلفن:		
آدرس پستی:	آدرس پستی 2:		
شهر:	ایالت/استان:	کد پستی:	کشور:

جراح (اگر دریچه خارج شده است، مشخصات جراح توضیح داده شود)

نام:	نام خانوادگی:		
آدرس پستی:	آدرس پستی 2:		
شهر:	ایالت/استان:	کد پستی:	کشور:
تلفن:	NPI:		

پزشک زیر (متخصص قلب یا پزشک مراقب اولیه)  همان جراح

نام:	نام خانوادگی:		
آدرس پستی:	آدرس پستی 2:		
شهر:	ایالت/استان:	کد پستی:	کشور:
تلفن:	NPI:		
نظرات:	نام چای/عنوان:		
	امضا:		
	تاریخ امروز:	تلفن:	

\*لطفا این فرم را به طور کامل طبق قوانین محلی تکمیل کنید و آن را بلافاصله به شرکت On-X Life Technologies, Inc. یا توزیع کننده محلی خود بفرستید.  
این اطلاعات هر بیمار را در سیستم ما جهت رادیایی برای پیگیری های آینده، ثبت خواهد کرد.

سیاست حفظ حریم خصوصی CryoLife: [www.CryoLife.com/privacy-policy/](http://www.CryoLife.com/privacy-policy/)