

On-X ventilimplantatregistreringsskjema*

Operasjonsdato (ÅÅÅÅ/MM/DD):	Posisjon:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER	 BRUKES INNEN
------------------------------	-----------	--------------------------	-----------------------------	---

Implantat eller Ikke i bruk _____ eller Eksplantatdato _____ eller Dødsdato _____

Ekstra On-X-ventiler for samme pasient Ja Nei

2. ventil	Posisjon:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER	 BRUKES INNEN
------------------	-----------	--------------------------	-----------------------------	---

Implantat eller Ikke i bruk _____ eller Eksplantatdato _____ eller Dødsdato _____

3. ventil	Posisjon:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER	 BRUKES INNEN
------------------	-----------	--------------------------	-----------------------------	---

Implantat eller Ikke i bruk _____ eller Eksplantatdato _____ eller Dødsdato _____

Pasient

Fornavn:		Etternavn:		
Kjønn: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ikke angitt	SSN/MRN:	Fødselsdato (ÅÅÅÅ/MM/DD):		
Postadresse:		Postadresse 2:		
By:	Stat/provins:	Postnummer:	Land:	
Telefon:		E-post:		

Sykehus

Sykehusets navn:		Telefon:		
Postadresse:		Postadresse 2:		
By:	Stat/provins:	Postnummer:	Land:	

Kirurg (eksplanterende kirurg ved rapportering av en eksplanteringsdato)

Fornavn:		Etternavn:		
Postadresse:		Postadresse 2:		
By:	Stat/provins:	Postnummer:	Land:	
Telefon:		NPI:		

Følgende lege (kardiolog eller primærpleielege) Samme som kirurg

Fornavn:		Etternavn:		
Postadresse:		Postadresse 2:		
By:	Stat/provins:	Postnummer:	Land:	
Telefon:		NPI:		
Kommentarer:		Navn/tittel med blokkbokstaver:		
		Signatur:		
		Dagens dato:	Telefon:	

*Fyll ut dette skjemaet så fullstendig som lokal lov tillater det, og returner det umiddelbart til On-X Life Technologies, Inc. eller til din lokale distributør. Dette vil legge inn hver pasient i implantatregisteret og tillate sporbarhet for fremtidig oppfølging.