

Formulário de Registo de Implante Valvular On-X*

Data da cirurgia (AAAA/MM/DD):	Posição:	SN NÚMERO DE SÉRIE	REF NUMERO DE CATÁLOGO	 DATA DE VALIDADE
--------------------------------	----------	------------------------------	----------------------------------	----------------------

Implante ou Não utilizado _____ ou Data de explantação _____ ou Data de óbito _____

Válvulas On-X adicionais para o mesmo paciente Sim Não

2.ª Válvula	Posição:	SN NÚMERO DE SÉRIE	REF NUMERO DE CATÁLOGO	 DATA DE VALIDADE
--------------------	----------	------------------------------	----------------------------------	----------------------

Implante ou Não utilizado _____ ou Data de explantação _____ ou Data de óbito _____

3.ª Válvula	Posição:	SN NÚMERO DE SÉRIE	REF NUMERO DE CATÁLOGO	 DATA DE VALIDADE
--------------------	----------	------------------------------	----------------------------------	----------------------

Implante ou Não utilizado _____ ou Data de explantação _____ ou Data de óbito _____

Paciente

Nome próprio:		Apelido:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Não indicado	SSN/MRN:	Data de nascimento (AAAA/MM/DD):		
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:		
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:	
Telefone:		E-mail:		

Hospital

Nome do hospital:		Telefone:		
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:		
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:	

Cirurgião (Cirurgião responsável pela explantação se indicar a data de explantação)

Nome próprio:		Apelido:		
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:		
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:	
Telefone:		NPI:		

Médico seguinte (Cardiologista ou Médico de Cuidados Primários) O mesmo que o Cirurgião

Nome próprio:		Apelido:		
Endereço de correspondência:		Endereço de correspondência 2:		
Cidade:	Estado/Prov.:	Código postal:	País:	
Telefone:		NPI:		
Comentários:		Nome impresso/Título:		
		Assinatura:		
		Data de hoje:	Telefone:	

*Por favor preencha este formulário da forma mais completa possível de acordo com o permitido por lei, e devolva-o de imediato à On-X Life Technologies, Inc. ou ao seu distribuidor local. Este irá inscrever o paciente no registo de implantes e permitir a rastreabilidade para acompanhamento futuro.