

FORMULAIRE PRESCRIPTION D'IMPLANT

CONCERNE: Prescription pour dispositif médical implantable sur mesure

Patient^{1,2}: Age [ans]:

Métier du patient:

Compagnie d'assurance (-maladie) du patient:

Taille du patient [cm/inch]³: Poids du patient [kg/lbs]³:

Côté à traiter: gauche / droite

Description médicale:

Etat osseux:

Description du dispositif: primaire / révision

.....

.....

Je déclare que le dispositif médical sur mesure est commandé sur ma prescription pour le patient mentionné ci-dessus et sera fabriqué par Materialise NV sur la base des données fournies. L'implant sur mesure est destiné à être utilisé uniquement pour le patient mentionné ci-dessus. Je déclare avoir les qualifications requises par la loi pour effectuer l'intervention chirurgicale prévue

Nom: Date: Signature:

*Veuillez renvoyer le document signé par fax à Materialise NV au +32 16 396 600
ou à Materialise NV, Technologielaan 15, 3001 Leuven, Belgium.*

A L'USAGE DE MATERIALISE SEULEMENT:

Numéro patient: Numéro cas:

L-30546-01

Vie privée

¹ Materialise attache une grande importance à la protection de la vie privée et des renseignements médicaux du patient. Tous les efforts sont par conséquent mis en œuvre pour garantir la protection des informations du patient selon la procédure *P-CI-15 Patient Privacy Practices* dans le cadre du système de qualité défini par la norme ISO 13485 et autres normes (EN) qui s'appliquent. Les informations personnelles contenues dans ce formulaire seront anonymisées grâce à un numéro patient et un numéro de cas uniques.

² En soumettant les données du patient, vous assurez que la révélation de toute information contenue dans ce formulaire est faite conformément aux lois et aux politiques applicables en matière de protection des renseignements personnels

³ Spécifiez les unités de mesures qui s'appliquent.