

Le but de ce formulaire est de permettre à Boston Scientific (BSC) d'informer l'utilisateur de toute nouvelle information concernant un dispositif ou de toute action recommandée. Les patients doivent prévenir BSC en cas de changement de nom ou d'adresse. Veuillez transmettre tous les renseignements applicables dans le formulaire ci-dessous aux archives médicales de BSC, dans la mesure où ceux-ci sont disponibles et autorisés par la loi. La réglementation américaine (21 CFR Part 821) impose à BSC de suivre la distribution et l'implantation de ses dispositifs. **Instructions relatives au formulaire :** Remplissez le formulaire en ligne ou imprimez-le, puis apposez les étiquettes du produit. Utilisez la touche Tab pour vous déplacer rapidement d'un champ à un autre et placez le curseur sur n'importe quel champ pour obtenir des instructions supplémentaires. Veuillez soumettre le formulaire par courriel à Medical.Records@bsci.com ou par télécopie au numéro (651) 582-3126.

## Renseignements concernant le patient

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Suffixe	Sexe	Homme	Femme
Rue	Ville	État/Province	Code postal	Pays		
Téléphone	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance	Poids	Dossier médical n°		

## Indications thérapeutiques

Principales	Autres
-------------	--------

## Renseignements concernant le médecin et l'hôpital

<b>Implantation</b>	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Suffixe	Spécialité	Téléphone
	Rue	Ville	État/Province	Code postal	Pays	
<b>Suivi</b>	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Suffixe	Spécialité	Téléphone
	Rue	Ville	État/Province	Code postal	Pays	
<b>Référent</b>	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Suffixe	Spécialité	Téléphone
	Rue	Ville	État/Province	Code postal	Pays	
<b>Centre d'implantation</b>	Nom					Téléphone
	Rue	Ville	État/Province	Code postal	Pays	

## Renseignements sur le dispositif implanté

Date d'implantation	Fabricant	Modèle	Série	Emplacement de l'implant		Côté du corps
<b>Paramètres programmés</b>	Mode de stimulation	LRL	ppm	URL	Délai AV	ms
	V Réfractaire	ms	Recherche AV	VPR	Réponse à la tachycardie auriculaire	
					Réaction brusque à la bradycardie	

## Renseignements sur la sonde/l'adaptateur (existants ou nouveaux)

Date d'implantation	Fabricant	Modèle	Série	Polarité	Position
Date d'implantation	Fabricant	Modèle	Série	Polarité	Position
Date d'implantation	Fabricant	Modèle	Série	Polarité	Position
Date d'implantation	Fabricant	Modèle	Série	Polarité	Position
Date d'implantation	Fabricant	Modèle	Série	Polarité	Position

## Données mesurées

Sonde	Détection	Amplitude	Impédance de stimulation	Impédance de choc	Durée de l'impulsion	Seuil	Actuel	DFT	A Fib
	mV	Stimulé	ohms	ohms	ms	V	mA	J	
	mV	Stimulé	ohms	ohms	ms	V	mA	J	
	mV	Stimulé	ohms	ohms	ms	V	mA	J	
	mV	Stimulé	ohms	ohms	ms	V	mA	J	
	mV	Stimulé	ohms	ohms	ms	V	mA	J	

<b>Port d'un stimulateur cardiaque?</b>	Oui	Non	Fabricant	Modèle	Série	Polarité	Mode
---	-----	-----	-----------	--------	-------	----------	------

En cas de complications survenues lors de l'implantation, veuillez communiquer avec Boston Scientific.

## Renseignements concernant les dispositifs retirés, non utilisés ou endommagés

Des dispositifs ont-ils été retirés, non utilisés ou ont-ils été endommagés lors de l'implantation?	Oui	Non	Si la réponse est oui, veuillez remplir la section suivante :							
Type	Fabricant	Modèle	Série	Date d'implantation	Date de retrait					
Raison						Statut				
Type	Fabricant	Modèle	Série	Date d'implantation	Date de retrait					
Raison						Statut				
Type	Fabricant	Modèle	Série	Date d'implantation	Date de retrait					
Raison						Statut				

## Test de défibrillation

Test 1	Temps de charge	s	Énergie	J	Impédance	Ω	Vecteur VD	Résultat
Test 2	Temps de charge	s	Énergie	J	Impédance	Ω	Vecteur VD	Résultat
Test 3	Temps de charge	s	Énergie	J	Impédance	Ω	Vecteur VD	Résultat

Commentaires

<b>Formulaire rempli par</b>	Nom	Téléphone	Date
	Poste/Titre	Entreprise	