



LENUS *pro*®

 Implantationsbericht

 Implantation report

 Rapport d'implantation

 Referto di Impianto

 Relatório de Implantação

 Informe de Implantación

 Εκθεση Εμφυτευσης

 Implantatierapport

 Implantationsrapport

 Implantasjonsrapport

 Implantationsrapport

 Implantointiraportti

 Sprawozdanie Implantacja

 Hlášení o implantaci

 Implantációs Jelentés

 השרשה חוד

 Správa o implantácii

 Poročilo o implantaciji

Bitte den ausgefüllten Implantationsbericht an folgende

E-Mail Adresse schicken: // Please send the completed
implantation report to the following e-mail address:



OMT GmbH & Co. KG
optimal medical therapies

E-mail: pmcf.lenus@omtmed.com

1

Daten Patient*in // Patient data



Initialen // Initials

Geburtsjahr, Geschlecht // Year of birth, gender

2

Implantationszentrum // Implantation centre



Klinik // Hospital

Adresse // Address

Implantierende/r Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)

// Implanting physician (block capitals)

31

Datum der Implantation // Date of implantation



Erstimplantation

// First-time implantation



Pumpentausch

// Pump replacement

3

Checkliste zur Vorbereitung der Pumpe und des Katheters während
der Operation // **Checklist** for preparing the pump and catheter
during the operation

Schritte // Steps	Erfüllt wenn... // Fulfilled when...	OK	Unterschrift // Signature
1 Pumpe entlüften // Purging the pump	... beim Ablassen der Flüssigkeit keine Luftbläschen mehr dabei sind. // ... there are no more air bubbles when the liquid is drained.	☐	
2 LENUS pro®: Funktionsprüfung // Function test	... eine Luftblase am Katheterende erscheint. // ... an air bubble appears at the end of the catheter.	☐	
3 Entlüftung des Katheters // Purging the catheter	... aus dem Katheter Spülflüssigkeit austritt. // ... flushing fluid emerges from the catheter.	☐	
4 Test des Okklu- sionsalarms // Occlusion alarm test	... bei provozierte Okklusion ein Ton zu hören ist. // ... a sound can be heard when occlusion is provoked.	☐	
5 LENUS pro®: Korrekte Befüllung // Correct filling	... die Menge an Remodulin® und NaCl 0,9% der ärztlichen Anordnung entspricht. // ... the amount of Remodulin® and NaCl 0.9% corresponds to the doctor's order.	☐	
6 Implantations- ausweis // Implant Card	... der Implantationsausweis ausgefüllt und dem Klinikpersonal übergeben wurde. // ... the Implant Card has been filled out and handed over to the hospital staff.	☐	

Klinikpersonal (Druckbuchstaben)

// Hospital staff (block capitals)

Unterschrift // Signature

Applikationsspezialist (Druckbuchstaben)

// Applications specialist (block capitals)

Unterschrift // Signature

Besonderheiten/Anmerkungen zu 3 // Special features/notes to no. 3

4

Hiermit bestätigt die/der implantierende Ärztin/Arzt, dass eine detaillierte **Unterweisung** folgenden Umfanges stattfand:
// The implanting physician hereby confirms that the following detailed **instruction** has been provided:

Unterweisungsbestätigung // Confirmation of instruction

- ☐ **Berechnung und Vorbereitung** der Infusionslösung zur Auffüllung der Infusionspumpe.
// **Calculating and preparing** the infusion solution for filling the infusion pump.
- ☐ **Verbindung des Katheters** mit der Infusionspumpe und Fixierung des Flügels und der Pumpe am Gewebe.
// **Connecting the catheter** to the infusion pump and attaching the anchor and pump to the tissue.
- ☐ **Überprüfung** der korrekten Lage des Katheters im Gefäß.
// **Checking** that the catheter is correctly positioned in the vessel.

Implantierende/r Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)

// Implanting physician (block capitals)

Unterschrift // Signature

Applikationsspezialist (Druckbuchstaben)

// Applications specialist (block capitals)

Unterschrift // Signature

Firma // Company

Ort, Datum // Place, date

5

Pumpendaten // Pump data

Katheterlage, Katheterlänge // Catheter position, catheter length

Pumpenlabel einkleben

// Affix pump label here

UDI

Hier den UDI-Aufkleber **Katheter** einsetzen
// Insert the UDI label for the **catheter** here

oder
// or

LOT

6

Behandelnde/r Ärztin/Arzt, Klinik

// Treating physician, hospital

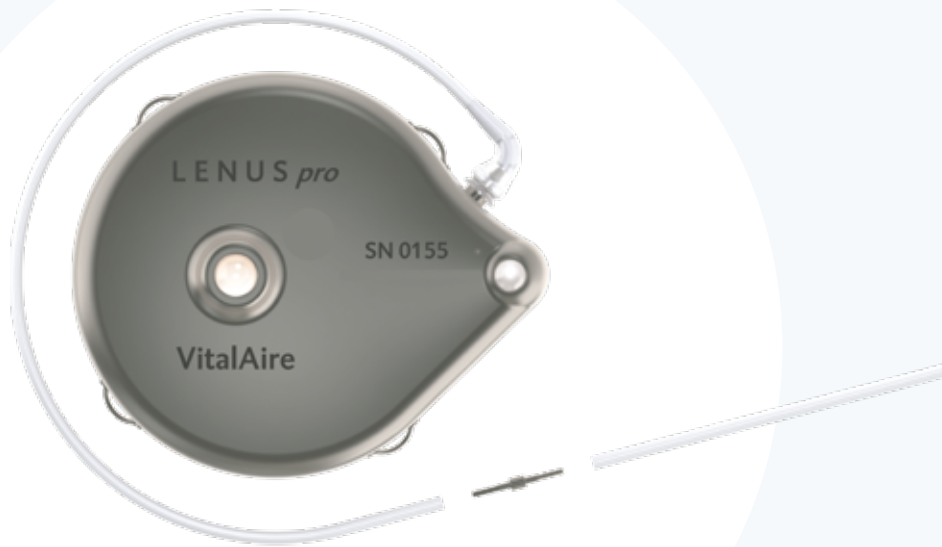


Klinik // Hospital

Adresse // Address

Ärztin/Arzt // Physician

Telefon // Tel.



LENUS pro[®]

- | | |
|--|--|
|  Implantationsbericht |  Implantasjonsrapport |
|  Implantation report |  Implantationsrapport |
|  Rapport d'implantation |  Implantointiraportti |
|  Referto di Impianto |  Sprawozdanie Implantacja |
|  Relatório de Implantação |  Hlášení o implantaci |
|  Informe de Implantación |  Implantációs Jelentés |
|  Εκθεση Εμφυτευσης |  השרשה חוד |
|  Implantatierapport |  Správa o implantácii |
|  Implantationsrapport |  Poročilo o implantaciji |

Implantierbare Infusionspumpe
inkl. Katheter Implantationsset
zur Applikation von Remodulin[®]

Implantable infusion pump incl.
Catheter Implantation Set
for the application of Remodulin[®]



Français

Veuillez envoyer le rapport d'implantation dûment rempli à l'adresse e-mail suivante :

1. données du patient*.

Initiales/année de naissance, sexe

2. centre d'implantation

Clinique/ Adresse/ Médecin implanteur/ Date de l'implantation / Première implantation / Remplacement de la pompe

3. liste de contrôle pour la préparation de la pompe et du cathéter

1 Purger la pompe / 2 Vérifier le fonctionnement de LENUS pro / 3 Purger le cathéter / 4 Tester l'alarme d'occlusion / 5 Remplissage correct de LENUS pro / 6 Carte d'implantation / Personnel clinique/ Signature/ Spécialiste d'application/ Signature/ Particularités et remarques concernant 3

4. Par la présente, le/la médecin implantant confirme qu'une instruction détaillée de l'ampleur suivante a eu lieu :

Confirmation de l'instruction

Calcul et préparation de la solution de perfusion pour le remplissage de la pompe à perfusion / Connexion du cathéter à la pompe à perfusion et fixation de l'ailette et de la pompe aux tissus / Vérification de la position correcte du cathéter dans le vaisseau / Médecin implanteur / Signature / Spécialiste de l'application / Signature / Société / Lieu, date

5. données de la pompe

Position du cathéter, longueur du cathéter / Coller l'étiquette de la pompe / UDI du cathéter ou LOT du cathéter

6. médecin traitant, clinique

Clinique / Adresse / Médecin / Téléphone



Italiano

Si prega di inviare il rapporto di impianto compilato al seguente indirizzo e-mail:

1. dati del paziente

Iniziali/anno di nascita, sesso

2. Centro di impianto

Clinica/ indirizzo/ medico impiantatore/ data dell'impianto/ primo impianto/ sostituzione del microinfusore

3. lista di controllo per la preparazione del microinfusore e del catetere

1 Sanguinamento del microinfusore / 2 Test di funzionamento di LENUS pro / 3 Sanguinamento del catetere / 4 Test di allarme occlusione / 5 Riempimento corretto di LENUS pro / 6 Scheda di impianto / Personale clinico / Firma / Specialista dell'applicazione / Firma / Particolarità e commenti su 3

4. Il medico impiantatore conferma che sono state eseguite le seguenti istruzioni dettagliate:

Conferma dell'istruzione

Calcolo e preparazione della soluzione infusionale per il riempimento della pompa di infusione / Collegamento del catetere alla pompa di infusione e fissaggio della lama e della pompa al tessuto / Verifica della corretta posizione del catetere nel vaso / Medico impiantatore / Firma / Specialista dell'applicazione / Firma / Azienda / Luogo, data

5. Dati del microinfusore

Posizione del catetere, lunghezza del catetere / stick sull'etichetta della pompa / UDI del catetere o LOT del catetere

6. medico curante, clinica

Clinica / indirizzo / medico / telefono



Português

Envie o relatório de implantação preenchido para o seguinte endereço de e-mail:

1. Dados do paciente

Iniciais/ano de nascimento, gênero

2. centro de implantação

Clinica/ endereço/ médico implantador/ data do implante / primeiro implante / substituição da bomba

3. Lista de verificação para preparação da bomba e do cateter

1 Sangramento da bomba / 2 Teste de função do LENUS pro / 3 Sangramento do cateter / 4 Teste de alarme de oclusão / 5 Enchimento correto do LENUS pro / 6 Cartão de implantação / Equipe clínica / Assinatura / Especialista em aplicação / Assinatura / Características especiais e comentários sobre 3

4. O médico implantador confirma que a instrução detalhada a seguir foi realizada:

Confirmação da instrução

Cálculo e preparação da solução de infusão para encher a bomba de infusão/ Conexão do cateter à bomba de infusão e fixação da lâmina e da bomba ao tecido/ Verificação da posição correta do cateter no vaso/ Médico implantador/ Assinatura/ Especialista em aplicação/ Assinatura/ Empresa/ Local, data

5. Dados da bomba

Posição do cateter, comprimento do cateter / etiqueta na bomba / UDI do cateter ou LOTE do cateter

6. médico assistente, clínica

Clinica / endereço / médico / telefone



Español

Envíe el informe de implantación cumplimentado a la siguiente dirección de correo electrónico:

1. datos del paciente

Iniciales/año de nacimiento, sexo

2. centro de implantación

Clinica/dirección/médico implantador/fecha de implantación/ primera implantación/sustitución de la bomba

3. lista de comprobación para preparar la bomba y el catéter

1 Sangrado de la bomba / 2 Prueba de funcionamiento LENUS pro / 3 Sangrado del catéter / 4 Prueba de alarma de oclusión / 5 Llenado correcto de LENUS pro / 6 Tarjeta de implantación / Personal clínico / Firma / Especialista en implantación / Firma / Particularidades y comentarios sobre 3

4. Por la presente, el médico implantador confirma que se ha llevado a cabo la siguiente instrucción detallada:

Confirmación de la instrucción

Cálculo y preparación de la solución de infusión para llenar la bomba de infusión/ Conexión del catéter a la bomba de infusión y fijación de la pala y la bomba al tejido/ Comprobación de la posición correcta del catéter en el vaso/ Médico implantador/ Firma/ Especialista en aplicaciones/ Firma/ Empresa/ Lugar, fecha

5. datos de la bomba

Posición del catéter, longitud del catéter/ Adhesivo en la etiqueta de la bomba/ UDI del catéter o LOT del catéter

6. médico tratante, clínica

Clinica / dirección / médico / teléfono



Svenska

Vänligen skicka den ifyllda implantationsrapporten till följande e-postadress:

1. Patientuppgifter

Initialer/födelseår, kön

2. Implantationscenter

Klinik/ adress/ implanterande läkare/ implanteringsdatum/ första implantation/ pumpbyte

3. Checklista för förberedelse av pump och kateter

1 Avluftning av pumpen / 2 Funktionstest LENUS pro / 3 Avluftning av katetern / 4 Test av ocklusionslarm / 5 Korrekt fyllning av LENUS pro / 6 Implantationskort / Klinisk personal / Underskrift / Applikationsspecialist / Underskrift / Särskilda egenskaper och kommentarer till 3

4. Den implanterande läkaren bekräftar härmed att följande detaljerade instruktion har ägt rum:

Bekräftelse av instruktion

Beräkning och beredning av infusionslösningen för fyllning av infusionspumpen/ Anslutning av katetern till infusionspumpen och fixering av bladet och pumpen i vävnaden/ Kontroll av kateterns korrekta läge i kärlet/ Implanterande läkare/ Underskrift/ Applikationsspecialist/ Underskrift/ Företag/ Ort, datum

5. Pumpdata

Kateterns position, kateterns längd / stick på pumpens etikett / UDI för katetern eller LOT för katetern

6. Behandlande läkare, klinik

Klinik / adress / läkare / telefon



Suomi

Lähetä täytetty implantointiraportti seuraavaan sähköpostiosoitteeseen:

1. potilastiedot

Alkukirjaimet/syntymävuosi, sukupuoli

2. istutuskeskus

Klinikka/osoite/ implantoinut lääkäri/ implantoinnin päivämäärä / ensimmäinen implantointi / pumpun vaihto

3. Tarkistuslista pumpun ja katetrin valmistelua varten.

1 Pumpun tyhjennys / 2 LENUS pro:n toimintatesti / 3 Katetrin tyhjennys / 4 Okklusiohälytystesti / 5 LENUS pro:n oikea täyttö / 6 Implantointikortti / Kliininen henkilökunta / Allekirjoitus / Sovellusasiatuntija / Allekirjoitus / Erityispiirteet ja kommentit 3:sta

4. Istutuksen suorittava lääkäri vahvistaa täten, että seuraava yksityiskohtainen ohjeistus on tapahtunut:

Ohjeistuksen vahvistaminen

Infuusioliuoksen laskeminen ja valmistaminen infuusiopumpun täyttämistä varten / Katetrin liittäminen infuusiopumpppuun sekä terän ja pumpun kiinnittäminen kudokseen / Katetrin oikean asennon tarkistaminen verisuonessa / Istutuksen tekevä lääkäri / Allekirjoitus / Sovellusasiatuntija / Allekirjoitus / Yritys / Paikka, päivämäärä

5. Pumpun tiedot

Katetrin sijainti, katetrin pituus / tarra pumpun etiketissä / katetrin UDI tai katetrin LOT-merkintä.

6. Hoitava lääkäri, klinikka

Klinikka / osoite / lääkäri / puhelin



Polski

Prosimy o przesłanie wypełnionego raportu z implantacji na poniższy adres e-mail:

1. dane pacjenta

Inicjały/rok urodzenia, płeć

2. ośrodek implantacji

Klinika/adres/lekarz implantujący/data implantacji/pierwszej implantacji/wymiany pompy

3. lista kontrolna przygotowania pompy i cewnika

1 Odpowietrzenie pompy / 2 Test działania urządzenia LENUS pro / 3 Odpowietrzenie cewnika / 4 Test alarmu okluzji / 5 Prawidłowe napełnienie urządzenia LENUS pro / 6 Karta implantacji / Personel kliniczny / Podpis / Specjalista ds. aplikacji / Podpis / Cechy szczególne i uwagi dotyczące 3

4. Lekarz implantujący niniejszym potwierdza, że przeprowadzono następujące szczegółowe instrukcje:

Potwierdzenie instrukcji

Obliczenie i przygotowanie roztworu infuzyjnego do napełnienia pompy infuzyjnej / Podłączenie cewnika do pompy infuzyjnej i przymocowanie ostrza i pompy do tkanki / Sprawdzenie prawidłowego położenia cewnika w naczyniu / Lekarz implantujący / Podpis / Specjalista ds. aplikacji / Podpis / Firma / Miejsce, data

5. dane pompy

Pozycja cewnika, długość cewnika / naklejka na etykietę pompy / UDI cewnika lub LOT cewnika

6. lekarz prowadzący, klinika

Klinika / adres / lekarz / telefon



Český

Zašlete prosím vyplněnou zprávu o implantaci na následující e-mailovou adresu:

1. Údaje o pacientech

Iniciály/rok narození, pohlaví

2. Implantační centrum

Klinika/adresa/implantující lékař/datum implantace/první implantace/výměna pompy

3. Kontrolní seznam přípravy pompy a katétru

1 Odvzdušnění pompy / 2 Funkční test LENUS pro/ 3 Odvzdušnění katétru / 4 Test alarmu okluze / 5 Správné naplnění LENUS pro / 6 Identifikační karta implantátu / Personál kliniky / Podpis / Aplikační specialista / Podpis / Speciální funkce a komentáře ke 3

4. Implantující lékař tímto potvrzuje, že proběhlo podrobné poučení v následujícím rozsahu:

Potvrzení poučení

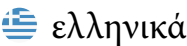
Výpočet a příprava infuzního roztoku k naplnění infuzní pompy/ Připojení katétru k infuzní pumpě a upevnění křídla a pompy ke tkáni/Kontrola správné polohy katétru v cévě/Implantační lékař/ Podpis/Aplikační specialista/ Podpis/Společnost/ místo, datum

5. Údaje o čerpadle

Poloha katétru, délka katétru / nálepka na štítku pompy / UDI katétru nebo LOT katétru

6. Ošetřující lékař, klinika

Klinika / adresa / lékař / telefon



ελληνικά

Παρακαλείσθε να αποστείλετε την συμπληρωμένη έκθεση εμφύτευσης στην ακόλουθη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:

- 1. Δεδομένα ασθενούς**
Αρχικά/έτος γέννησης, φύλο
- 2. Κέντρο εμφύτευσης**
Κλινική/ διεύθυνση/ γιατρός εμφύτευσης/ ημερομηνία εμφύτευσης/ πρώτη εμφύτευση/ αντικατάσταση αντλίας
- 3. Κατάλογος ελέγχου για την προετοιμασία της αντλίας και του καθετήρα**
1 Αφαίμαξη της αντλίας / 2 Δοκιμή λειτουργίας του LENUS pro / 3 Αφαίμαξη του καθετήρα / 4 Δοκιμή συναγερμού απόφραξης / 5 Σωστή πλήρωση του LENUS pro / 6 Κάρτα εμφύτευσης / Κλινικό προσωπικό / Υπογραφή / Ειδικός εφαρμογής / Υπογραφή / Ειδικά χαρακτηριστικά και σχόλια για 3
- 4. Ο ιατρός εμφύτευσης επιβεβαιώνει με το παρόν ότι έχει πραγματοποιηθεί η ακόλουθη λεπτομερής διδασκαλία:**
Επιβεβαίωση της διδασκαλίας
Υπολογισμός και προετοιμασία του διαλύματος έγχυσης για την πλήρωση της αντλίας έγχυσης/ Σύνδεση του καθετήρα με την αντλία έγχυσης και στερήωση της λεπίδας και της αντλίας στον ιστό / Έλεγχος της σωστής θέσης του καθετήρα στο αγγείο / Ιατρός εμφύτευσης / Υπογραφή / Ειδικός εφαρμογής / Υπογραφή / Εταιρεία / Τόπος, ημερομηνία
- 5. Στοιχεία αντλίας**
Θέση καθετήρα, μήκος καθετήρα / αυτοκόλλητο στην ετικέτα της αντλίας / UDI του καθετήρα ή LOT του καθετήρα
- 6. Θεράπων ιατρός, κλινική**
Κλινική / διεύθυνση / γιατρός / τηλέφωνο



Magyar

Kérjük, hogy a kitöltött bejelentési jelentést az alábbi e-mail címre küldje el:

- 1. a beteg adatai**
Kezdőbetűk/születési év, nem
- 2. bejelentési központ**
Klinika/ cím/ beültető orvos/ beültetés időpontja/ első beültetés/ szivattyúcsere
- 3. ellenőrző lista a pumpa és a katéter előkészítéséhez**
1 A pumpa kivéreztetése / 2 LENUS pro funkcióteszt / 3 Katéter kivéreztetése / 4 Occlusion alarm teszt / 5 LENUS pro helyes feltöltése / 6 Implantációs kártya / Klinikai személyzet / Aláírás / Alkalmazási szakember / Aláírás / Különlegességek és megjegyzések a 3.
- 4. A beültető orvos ezúton igazolja, hogy az alábbi részletes oktatás megtörtént:**
Az utasítás megerősítése
Az infúziós oldat kiszámítása és előkészítése az infúziós pumpa feltöltéséhez/ A katéter csatlakoztatása az infúziós pumpához, valamint a penge és a pumpa rögzítése a szövethez/ A katéter helyes helyzetének ellenőrzése az érbén/ Beültető orvos/ Aláírás/ Alkalmazási szakember/ Aláírás/ Cég/ Hely, dátum
- 5. A pumpa adatai**
Katéter pozíciója, katéter hossza / a pumpa címkéjére ragasztva / a katéter UDI-je vagy a katéter LOT-ja
- 6. kezelőorvos, klinika**
Klinika / cím / orvos / telefon



Nederlands

Stuur het ingevulde implantatierapport naar het volgende e-mailadres:

- 1. patiëntgegevens**
Initialen/geboortejaar, geslacht
- 2. implantatiecentrum**
Kliniek/ adres/ implanterende arts/ datum van implantatie / eerste implantatie / pompvervanging
- 3. checklist voor het prepareren van de pomp en katheter**
1 Ontluchten van de pomp / 2 Functietest LENUS pro / 3 Ontluchten van de katheter / 4 Occlusie-alarmtest / 5 Correct vullen van LENUS pro / 6 Implantatiekaart / Klinisch personeel / Handtekening / Applicatiespecialist / Handtekening / Bijzonderheden en opmerkingen bij 3
- 4. De implanterende arts bevestigt hierbij dat de volgende gedetailleerde instructie heeft plaatsgevonden:**
Bevestiging instructie
Berekening en bereiding van de infusievloeistof voor het vullen van de infuspomp / Aansluiting van de katheter op de infuspomp en fixatie van het mes en de pomp op het weefsel / Controle van de juiste positie van de katheter in het vat / Implantatiearts / Handtekening / Applicatiespecialist / Handtekening / Bedrijf / Plaats, datum
- 5. pompgegevens**
Katheterpositie, katheterlengte / stick op het label van de pomp / UDI van de katheter of LOT van de katheter
- 6. behandelend arts, kliniek**
Kliniek / adres / arts / telefoon



עברית

- נא לשלוח את דוח ההשתלה המלא לכתובת האימייל הבאה:
- 1. נתוני המטופל**
ראשי תיבות/שנת לידה, מין
 - 2. מרכז השתלות**
מרפאה/כתובת/רופא משתל/תאריך ההשתלה/השתלה ראשונית/ החלפת משאבה
 - 3. רשימת בדיקה להכנת משאבות וצנתרים**
1 אזורור LENUS pro/ 3 אזורור המשאבה / 2 בדיקה תפקודית של LENUS pro / 4 הצנרת / 5 בדיקת אזעקת החסימה / 5 מיליו נכון של תעודת זהות שתלים / 4 צוות המרפאה / חתימה / מומחה ליישום / 6 חתימה / מאפיינים מיוחדים ו הערות על 6
 - 4. הרופא המשתל מאשר בזאת כי התקיימה הדרכה מפורטת**
בהיקף הבא
אישור הוראה
חישוב והכנת תמיסת העירוי למילוי משאבת עירוי/חיבור הצנרת למשאבת עירוי וקיבוע הכנף והמשאבה לרקמה/בדיקת מיקום הצנרת הנכון בכל/רופא משתל/חתימה/מומחה ליישום/ חתימה/ חברה,מיקום, תאריך
 - 5. נתוני משאבה**
של UDI / מיקום הצנרת, אורך הצנרת / מקל על תויות המשאבה של הצנרת LOT הצנרת או
 - 6. רופא מטפל, מרפאה**
מרפאה / כתובת / רופא / טלפון



Dansk

Send venligst den udfyldte implantationsrapport til følgende e-mailadresse:

- 1. Patientdata**
Initialer/fødselsår, køn
- 2. Implantationscenter**
Klinik/ adresse/ implanterende læge/ dato for implantation/ første implantation/ udskiftning af pumpe
- 3. Tjekliste til klargøring af pumpe og kateter**
1 Afluftning af pumpen / 2 Funktionstest af LENUS pro / 3 Afluftning af kateteret / 4 Test af okklusionsalarm / 5 Korrekt fyldning af LENUS pro / 6 Implantationskort / Klinisk personale / Underskrift / Applikationsspecialist / Underskrift / Særlige kendetegn og kommentarer til 3
- 4. Den implanterende læge bekræfter hermed, at følgende detaljerede instruktion har fundet sted:**
Bekræftelse af instruktion
Beregning og forberedelse af infusionsopløsningen til fyldning af infusionspumpen/ Tilslutning af kateteret til infusionspumpen og fiksering af bladet og pumpen til vævet/ Kontrol af kateterets korrekte position i karret/ Implanterende læge/ Underskrift/ Applikationsspecialist/ Underskrift/ Firma/ Sted, dato
- 5. Pumpedata**
Kateterposition, kateterlængde / klistermærke på pumpeetiketten / UDI på kateteret eller LOT på kateteret
- 6. Behandlende læge, klinik**
Klinik / adresse / læge / telefon



Slovenský

Vyplnenú správu o implantácii pošlite na nasledujúcu e-mailovú adresu:

- 1. Údaje o pacientovi**
Iniciály/rok narodenia, pohlavie
- 2. Implantáčné centrum**
Klinika/adresa/implantačný lekár/dátum implantácie/počiatočná implantácia/výmena pumpy
- 3. Kontrolný zoznam prípravy pumpy a katétra**
1 Odvzdušnenie pumpy / 2 Funkčný test LENUS pro/ 3 Odvzdušnenie katétra / 4 Test alarmu oklúzie / 5 Správne naplnenie LENUS pro / 6 Identifikačná karta implantátu / Personál kliniky / Podpis / Aplikačný špecialista / Podpis / Špeciálne funkcie a komentáre k 3
- 4. Implantujúci lekár týmto potvrdzuje, že prebehlo podrobné poučenie v nasledujúcom rozsahu:**
Potvrdenie poučenia
Výpočet a príprava infúzneho roztoku na plnenie infúznej pumpy/ Pripojenie katétra k infúznej pumpe a upevnenie kridelka a pumpy k tkanivu/Kontrola správnej polohy katétra v cieve/Lekár implantácie/Podpis/Aplikačný špecialista/ Podpis/Spoločnosť/ miesto, dátum
- 5. Údaje o čerpadle**
Poloha katétra, dĺžka katétra / nálepka na štítku pumpy / UDI katétra alebo LOT katétra
- 6. Ošetrujúci lekár, klinika**
Klinika / adresa / lekár / telefón



Norsk

Send den utfylte implantasjonsrapporten til følgende e-postadresse:

- 1. Pasientdata**
Initialer/fødselsår, kjønn
- 2. Implantasjonscenter**
Klinikk/ adresse/ implanterende lege/ implantasjonsdato/ første implantering/ pumpebyte
- 3. Sjekkliste for klargjøring av pumpe og kateter**
1. Blødning av pumpen / 2. Funksjonstest LENUS pro / 3. Blødning av kateteret / 4. Test av okklusjonsalarm / 5. Korrekt fylling av LENUS pro / 6. Implantasjonskort / Klinisk personale / Underskrift / Applikasjonsspesialist / Underskrift / Spesielle egenskaper og kommentarer til 3.
- 4. Den implanterende legen bekrefter herved at følgende detaljerte instruksjon har funnet sted:**
Bekreftelse av instruksjon
Beregning og klargjøring av infusionsløsningen for fylling av infusionspumpen/ Tilkobling av kateteret til infusionspumpen og fiksering av bladet og pumpen til vevet/ Kontroll av riktig plassering av kateteret i karet/ Implanterende lege/ Underskrift/ Applikasjonsspesialist/ Underskrift/ Firma/ Sted, dato
- 5. Pumpedata**
Kateterposisjon, kateterlengde / pinne på pumpens etikett / UDI på kateteret eller LOT på kateteret
- 6. Behandlende lege, klinikk**
Klinikk / adresse / lege / telefon



Slovenščina

Ilzpolnjeno poročilo o implantaciji pošljite na naslednji e-poštni naslov:

- 1. Podatki o bolniku**
Začetnice/letnica rojstva, spol
- 2. Implantacijski center**
Klinika/naslov/zdravnik implantator/datum implantacije/začetna implantacija/menjava črpalke
- 3. Kontrolni seznam za pripravo črpalke in katetra**
1 Odzračevanje črpalke / 2 Test delovanja LENUS pro / 3 Odzračevanje katetra / 4 Test alarma za okluzijo / 5 Pravilno polnjenje LENUS pro / 6 ID izkaznica implantata / Osebe klinike / Podpis / Specialist za aplikacijo / Podpis / Posebnosti in komentarji na 3
- 4. Zdravnik implantator s tem potrjuje, da je opravil natančna navodila v naslednjem obsegu:**
Potrditev inštrukcije
Izračun in priprava infuzijske raztopine za polnjenje infuzijske črpalke/Priključitev katetra na infuzijsko črpalco ter pritrditev krilca in črpalke na tkivo/Preverjanje pravilne lege katetra v žili/Zdravnik implantator/Podpis/Aplikacijski specialist/ Podpis/Firma/ kraj, datum
- 5. Podatki o črpalci**
Položaj katetra, dolžina katetra / nalepka na nalepko črpalke / UDI katetra ali LOT katetra
- 6. Lečeči zdravnik, klinika**
Klinika / naslov / zdravnik / telefon



Hersteller // Manufacturer

VitalAire GmbH
Bornbarch 2 · 22848 Norderstedt

Tel.: 0800/2 51 11 11
Fax: 0800/2 02 02 02
E-Mail: info@vitalaire.de
Web: vitalaire.de



Vertrieb // Distributor

OMT GmbH & Co. KG
optimal medical therapies
Emscherstr. 8 · 32427 Minden

Tel.: 0571/974 34-0
Fax: 0571/974 34-39
E-Mail: info@omtmed.com



omtmed.com