

BioFlo DuraMax®
with ENDEXO Technology

B Patient Implant Card

PLACE THE REMOVABLE STICKER FROM THE PRODUCT LABEL HERE

Scan or go to URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> or a hard copy may be requested from Merit Customer Service: USA 1-800-356-3748 or EC +31 43 3588222

Merit Medical Systems, Inc.
1600 West Merit Parkway
South Jordan, Utah 84095
U.S.A.

Merit Medical Ireland Ltd
Parkmore Business Park West
Galway, Ireland

Cateter para hemodialisis crónica / Cathéter d'hémodialyse chronique / Dauerkatheter für die Hämodialyse / Catetere per emodialisi di mantenimento / Katheter voor chronische hemodialyse / Kronisk hemodialysekateter / Kronisk hemodialyskateter / Καθετήρας χρόνιας αιμοκάθαρσης / Cateter para hemodialise crônica / Allandó hemodializis-katéter / Katéter pro chronickou hemodialyzu / Cewnik do hemodializy długoterminowej / Kateter for kronisk hemodialyse / 만성 혈액투석 카테터 / Kronik Hemodializ Kateteri / Ilgalaikis hemodializės kateteris / Regulaarse hemodialüsi kateter / Cateter de hemodializă cronică / Katéter na chronicú hemodialýzu / Kateter za kroničnu hemodijalizu / Kateter za хроническу хемодијализу / Kateter za хроничну hemodializu / Kateter for хронического гемодиализа / Hroniskās hemodializes katetrs / Катетър за хронична хемодиализа / Kateter za kronično hemodializo

408039001_001 ID 2024-03-21

INSTRUCTION FOR COMPLETION (all entries to be made in permanent ink)

- Patient Name** – Name of patient or patient ID to be entered by the healthcare institution/provider.
- Implant Date** – Date of implantation to be entered by health care institution/provider.
- Healthcare Institution** – Name and address of healthcare institution to be entered by healthcare institution/provider.
- Product Information sticker** – Place the removable sticker from the product label here.
- Provide completed card to patient.**

TRANSLATIONS

- Scan or go to URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> or a hard copy may be requested from Merit Customer Service: USA 1-800-356-3748 or EC +31 43 3588222
- Patient Implant Card
- Manufacturer

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN (debe rellenarse con tinta permanente)

- Nombre del paciente:** nombre o ID del paciente; debe introducirlo el centro sanitario.
- Fecha en la que se realizará el implante:** debe introducirla el centro sanitario.
- Centro sanitario:** nombre y dirección del centro sanitario; debe introducirlos el centro sanitario.
- Adhesivo de información del producto:** coloque aquí el adhesivo de la etiqueta del producto.
- Entregue la tarjeta completada al paciente.**

TRADUCCIONES

- Escanee o visite la URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> o solicite una copia impresa al Servicio de atención al cliente de Merit: EE. UU. 1-800-356-3748 o CE +31 43 3588222
- Tarjeta de implante del paciente
- Fabricante

INSTRUCTIONS POUR RENSEIGNER LES INFORMATIONS DEMANDÉES (toutes les entrées doivent être écrites à l'encre permanente)

- Nom du patient** – Nom du patient ou ID du patient à entrer par l'établissement/soignant.
- Date d'implantation** – Date d'implantation à entrer par l'établissement/soignant.
- Établissement** – Nom et adresse de l'établissement à entrer par l'établissement/soignant.
- Autocollant d'information sur le produit** – Placez l'autocollant amovible de l'étiquette du produit ici.
- Remettez la carte remplie au patient.**

TRADUCTIONS

- Scannez ou rendez-vous sur l'URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>, ou demandez une copie papier au service clientèle de Merit : États-Unis 1-800-356-3748 ou CE +31 43 3588222
- Carte d'implant du patient
- Fabricant

ANWEISUNGEN ZUM AUSFÜLLEN (alle Einträge bitte mit einem permanenten Stift vornehmen)

- Patientenname** – Name des Patienten/der Patientin oder Patienten-ID, auszufüllen von der Gesundheitseinrichtung/dem Gesundheitsdienstleister.
- Implantationsdatum** – Datum der Implantation, auszufüllen von der Gesundheitseinrichtung/dem Gesundheitsdienstleister.
- Gesundheitseinrichtung** – Name und Adresse der Gesundheitseinrichtung, auszufüllen von der Gesundheitseinrichtung/dem Gesundheitsdienstleister.
- Produktinformationsaufkleber** – Den von der Produktkennzeichnung abziehbaren Aufkleber hier anbringen.
- Geben Sie dem Patienten/der Patientin den ausgefüllten Ausweis.**

ÜBERSETZUNGEN

- Scannen oder die URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> aufrufen oder beim Kundendienst von Merit ein gedrucktes Exemplar anfordern: USA +1-800-356-3748 oder EU +31 43 3588222
- Implantationsausweis für Patienten
- Hersteller

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE (tutte le voci devono essere scritte con inchiostro indelebile)

- Nome paziente** – Nome del paziente o ID paziente da inserire a cura del medico/centro medico.
- Data impianto** – Data dell'impianto da inserire a cura del medico/centro medico.
- Centro medico** – Nome e indirizzo del centro medico da inserire a cura del medico/centro medico.
- Adesivo con le informazioni del prodotto** – Applicare qui l'adesivo rimovibile staccato dall'etichetta del prodotto.
- Consegnare la tessera compilata al paziente.**

TRADUZIONI

- Scansionare il codice QR, visitare l'indirizzo <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> o richiedere una copia cartacea al Servizio clienti Merit: USA 1-800-356-3748 o UE +31 43 3588222
- Tessera per il portatore di impianto
- Fabbricante

INSTRUCTIE VOOR INVULLEN (alles dient met permanente inkt te worden ingevuld)

- Naam patiënt** – naam of patiënt-ID van patiënt, dient door zorginstelling of -verlener te worden ingevuld.
- Implantatiedatum** – datum dient door zorginstelling of -verlener te worden ingevuld.

- Zorginstelling** – naam en adres van zorginstelling dient door zorginstelling of -verlener te worden ingevuld.
- Productinformatiesticker** – plaats hier de verwijderbare sticker van het productetiket.
- Geef de ingevulde kaart aan de patiënt.**

VERTALINGEN

- Scan of ga naar URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> of u kunt een papieren exemplaar aanvragen bij de klantenservice van Merit: VS 1-800-356-3748 of EG +31 43 3588222
- Patiëntimplantaatkaart
- Fabrikant

ANVISNING TIL UDFYLDELSE (alle besvarelser skal foretages med permanent blæk)

- Patientnavn** – Navn på patienten eller patient-id, der skal indtastes af sundhedsinstitutionen/-udbyderen.
- Implantationsdato** – Dato for implantationen, der skal indtastes af sundhedsinstitutionen/-udbyderen.
- Sundhedsinstitution** – Navn og adresse på sundhedsinstitutionen, der skal indtastes af sundhedsinstitutionen/-udbyderen.
- Klistermærke med produktinformation** – Placer det aftagelige klistermærke fra produktmærkningen her.
- Giv det udfyldte kort til patienten.**

OVERSÆTTELSE

- Scan eller gå til internetadressen <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>, eller du kan anmode om en papirkopi fra Merit kundeservice: USA +1-800-356-3748 eller EU +31 43 3588222
- Patientens implantatkort
- Fabrikant

IFYLLNINGSIKTRUKTIONER (allt ska fyllas i med permanent bläck)

- Patientnamn** – Namnet på patienten eller patient-ID ska anges av sjukvårdsinstitutionen/vårdpersonalen.
- Implantationsdatum** – Datum för implantation ska anges av sjukvårdsinstitutionen/vårdpersonalen.
- Sjukvårdsinstitution** – Namn och adress till sjukvårdsinstitutionen ska anges av sjukvårdsinstitutionen/vårdpersonalen.
- Produktinformationsetikett** – Placera den avtagbara etiketten från produktetiketten här.
- Ge det ifyllda kortet till patienten.**

ÖVERSÄTTNINGAR

- Skanna eller gå till webbplatsen <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>. Du kan också begära en papperskopia från kundtjänsten hos Merit: USA 1-800-356-3748 eller EG +31 43 3588222
- Patientimplantatkort
- Tillverkare

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ (όλες οι εγγραφές πρέπει να γραφτούν με μόνιμο μελάνι)

- Όνομα ασθενή** – Όνομα ασθενή ή αναγνωριστικό ασθενή, συμπληρώνεται από το ίδρυμα/τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.
- Ημερομηνία εμφύτευσης** – Ημερομηνία που συμπληρώνεται από το ίδρυμα/τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.
- Ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης** – Όνομα και διεύθυνση του ιδρύματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπληρώνεται από το ίδρυμα/τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.
- Αυτοκόλλητο πληροφοριών προϊόντος** – Τοποθετήστε το αφαιρούμενο αυτοκόλλητο από την επισήμανση του προϊόντος εδώ.
- Δώστε τη συμπληρωμένη κάρτα στον ασθενή.**

METAΦΡΑΣΕΙΣ

A. Σαρώστε ή μεταβείτε στη διεύθυνση URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> ή μπορείτε να ζητήσετε ένα έντυπο αντίγραφο από την Εξυπηρέτηση πελατών της Merit: Η.Π.Α. 1-800-356-3748 ή ΕΚ +31 43 3588222

B. Κάρτα εμφυτεύματος ασθενούς

C.  Κατασκευαστής

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO
(todas as entradas devem ser efetuadas com tinta permanente)

- Nome do paciente** – Nome ou ID do paciente a ser introduzido pela instituição/prestador de cuidados de saúde.
- Data do implante** – Data de implantação a ser introduzida pela instituição/prestador de cuidados de saúde.
- Instituição de cuidados de saúde** – Nome e endereço da instituição de cuidados de saúde a serem introduzidos pela instituição/prestador de cuidados de saúde.
- Etiqueta de informação do produto** – Coloque a etiqueta removível do rótulo do produto aqui.
- Forneça o cartão preenchido ao paciente.**

TRADUÇÕES

A. Digitalize ou aceda ao URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> ou pode ser solicitada uma cópia em papel ao Serviço de Apoio ao Cliente da Merit: EUA 1-800-356-3748 ou CE +31 43 3588222

B. Cartão de implante do paciente

C.  Fabricante

KITŐLTÉSI ÚTMUTATÓ
(minden adatot alkoholos filccel kell kitölteni)

- Beteg neve** – A betegnek az egészségügyi intézmény/szolgáltató által megadandó neve vagy betegazonosítója.
- Beültetés dátuma** – A beültetésnek az egészségügyi intézmény/szolgáltató által megadandó dátuma.
- Egészségügyi intézmény** – Az egészségügyi intézménynek az egészségügyi intézmény/szolgáltató által megadandó neve és címe.
- Termékinformációs matrica** – Ragassza ide a termék címkéről a levehető matricát.
- Adja át a kitöltött kártyát a betegnek.**

FORDÍTÁSOK

A. Olvassa be vagy lépjen a <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> URL-címre, illetve kérjen nyomtatott példányt a Merit ügyfélszolgálatától: USA: 1-800-356-3748 vagy EK: +31 43 3588222

B. Betegimplantátum-kisérő kártya

C.  Gyártó

POKYNY PRO VYPLNĚNÍ
(všechny údaje je třeba vyplnit permanentním inkoustem)

- Jméno pacienta** – jméno pacienta nebo ID pacienta, které zadává zdravotnické zařízení / poskytovatel zdravotní péče.
- Datum implantace** – datum, které zadává zdravotnické zařízení / poskytovatel zdravotní péče.
- Zdravotnické zařízení** – název a adresa zdravotnického zařízení, které zadává zdravotnické zařízení / poskytovatel zdravotní péče.
- Nálepka s informacemi o výrobku** – sem umístěte odnímatelnou nálepku z označení výrobku.
- Předějte vyplněnou kartu pacientovi.**

PŘEKLADY

A. Naskenujte nebo přejděte na URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> nebo si můžete vyžádat tištěnou kopii od zákaznického servisu společnosti Merit: USA 1-800-356-3748 nebo ES +31 43 3588222

B. Karta implantátu pro pacienta

C.  Výrobce

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA
(wszystkie zapisy należy wykonać trwałym tuszem)

- Imię i nazwisko pacjenta** – imię i nazwisko pacjenta lub identyfikator pacjenta wprowadzane przez placówkę służby zdrowia / świadczeniodawcę.
- Data implantacji** – data implantacji wprowadzana przez placówkę służby zdrowia / świadczeniodawcę.
- Placówka służby zdrowia** – nazwa i adres placówki służby zdrowia wprowadzane przez placówkę służby zdrowia / świadczeniodawcę.
- Naklejka z informacjami o produkcie** – tutaj należy umieścić naklejkę z etykiety produktu.
- Wypełnioną kartę należy przekazać pacjentowi.**

INNE WERSJE JĘZYKOWE

A. Należy zeskanować kod lub odwiedzić stronę <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> lub zamówić wersję papierową w dziale obsługi klienta firmy Merit: USA 1-800-356-3748 lub WE +31 43 3588222

B. Karta implantu pacjenta

C.  Producent

INSTRUKSJON FOR FERDIGSTILLELSE
(alle oppføringer skal skrives med vannfast blekk)

- Pasientnavn** – Pasientens navn eller ID som skal angis av helseinstitusjonen/-personellet.
- Implantatdato** – Dato for implantasjon som skal angis av helseinstitusjonen/-personellet.
- Helseinstitusjon** – Navn og adresse til helseinstitusjonen som skal angis av helseinstitusjonen/-personellet.
- Produktinformasjonsklistremerke** – Plasser det avtakbare klistremerket fra produktetiketten her.
- Gi det utfylte kortet til pasienten.**

OVERSETTELSE

A. Skann eller gå til URL-en <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>, eller du kan be om en papirkopi fra Merits kundeservice: USA 1-800-356-3748 eller EF +31 43 3588222

B. Pasientimplantatkort

C.  Produsent

작성 지침
(모든 항목은 잉크펜으로 작성해야 함)

- 환자 이름** – 의료 기관/의료 서비스 제공자가 입력해야 하는 환자 이름 또는 환자 ID.
- 이식 날짜** – 의료 기관/의료 서비스 제공자가 입력해야 하는 이식 날짜.
- 의료 기관** – 의료 기관/의료 서비스 제공자가 입력해야 하는 의료 기관의 이름과 주소.
- 제품 정보 스티커** – 제품 라벨의 스티커를 여기에 부착.
- 작성 완료된 카드를 환자에게 주십시오.**

번역본

A. QR 코드를 스캔하거나 URL(<https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>)을 이용하십시오. 또는 Merit 고객 서비스 센터에 인쇄본을 요청할 수도 있습니다. 미국은 1-800-356-3748, 유럽연합은 +31 43 3588222번을 이용하실 수 있습니다

B. 환자 이식 카드

C.  제조사

TAMAMLAMA TALÍMATI
(tüm girişler kalıcı mürekkeple yapılacaktır)

- Hasta Adı** – Hasta adı veya hasta kimliği, sağlık kurumu/sağlayıcı tarafından girilecektir.
- İmplantasyon Tarihi** – İmplantasyon tarihi, sağlık kurumu/sağlayıcı tarafından girilecektir.
- Sağlık Kurumu** – Sağlık kurumunun adı ve adresi, sağlık kurumu/sağlayıcı tarafından girilecektir.

4. **Ürün Bilgileri çıkartması** – Ürün etiketindeki çıkarılabilir çıkartmayı buraya yerleştirin.

5. **Tamamlanmış kartı hastaya verin.**

ÇEVİRİLER

A. Tarayın veya <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> URL adresine gidin ya da Merit Müşteri Hizmetlerinden matbu bir kopya talep edilebilir: ABD 1-800-356-3748 veya AB +31 43 3588222

B. Hasta İmplant Kartı

C.  Üretici

PILDYMO INSTRUKCIJA
(visi įrašai turi būti padaryti permanentiniu rašalu)

- Paciento vardas** – paciento vardas, pavardė arba paciento ID, kurį turi įvesti sveikatos priežiūros įstaiga / paslaugų teikėjas.
- Implantavimo data** – implantavimo data, kurią turi įvesti sveikatos priežiūros įstaiga / paslaugų teikėjas.
- Sveikatos priežiūros įstaiga** – sveikatos priežiūros įstaigos, kurią turi įvesti sveikatos priežiūros įstaiga / paslaugų teikėjas, pavadinimas ir adresas.
- Gaminio informacinis lipdukas** – nuimamą lipduką iš gaminio etiketės užklijuokite čia.
- Pateikite užpildytą kortelę pacientui.**

VERTIMAI

A. Nuskenaukite arba apsilankykite URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>. Taip pat galima paprašyti spausdintinės kopijos iš „Merit“ klientų aptarnavimo tarnybos telefonu 1-800-356-3748 (JAV) arba +31 43 3588222 (EB)

B. Paciento implanto kortelė

C.  Gamintojas

TÄITMISE JUHISED
(kõik sissekanded tuleb teha püsivindiga)

- Patsiendi nimi** – patsiendi nimi või patsiendi tunnus, mille sisestab tervishoiuasutus / tervishoiuteenuse osutaja.
- Implantaadi kuupäev** – planteerimise kuupäev, mille sisestab tervishoiuasutus / tervishoiuteenuse osutaja.
- Tervishoiuasutus** – tervishoiuasutuse nimi ja aadress, mille sisestab tervishoiuasutus / tervishoiuteenuse osutaja.
- Tooteteabe kleebis** – pange siia eemaldatav kleebis toote märgistusele.
- Andke täidetud kaart patsiendile.**

TÖLKED

A. Skaneerige või minge aadressile <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>; paberkoopiat võite taotleda Meriti klienditeeninduselt: USA 1-800-356-3748 või EÜ +31 43 3588222

B. Patsiendi implantaadikaart

C.  Tootja

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE
(toate mențiunile trebuie să fie scrise cu cerneală permanentă)

- Numele pacientului** – Numele pacientului sau ID-ul pacientului, care trebuie introdus de către instituția/furnizorul de servicii medicale.
- Data implantului** – Data implantării, care trebuie introdusă de către instituția/furnizorul de servicii medicale.
- Instituția de servicii medicale** – Numele și adresa instituției de servicii medicale, care trebuie introduse de către instituția de servicii medicale/furnizorul de servicii medicale.
- Autocolant cu informații despre produs** – Lipiți aici autocolantul detașabil de pe eticheta produsului.
- Furnați pacientului cardul completat.**

TRADUCERI

A. Scațați codul QR sau accesați adresa URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> sau puteți solicita un exemplar fizic de la Serviciul pentru clienți Merit: SUA 1-800-356-3748 sau CE +31 43 3588222

B. Card de implant pentru pacient

C.  Producător

POKYNY NA VYPLNENIE

(všetky záznamy treba vyplniť trvalým atramentom)

SK

1. **Meno pacienta** – Meno pacienta alebo ID pacienta zadá zdravotná inštitúcia/poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.
2. **Dátum implantovania** – Dátum implantovania zadá zdravotná inštitúcia/poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.
3. **Zdravotná inštitúcia** – Názov a adresu zdravotnej inštitúcie zadá zdravotná inštitúcia/poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.
4. **Nálepka s informáciami o produkte** – Sem umiestnite odnímateľnú nálepku z označenia produktu.
5. **Vyplnenú kartu odovzdajte pacientovi.**

PREKLADY

A. Naskenujte alebo prejdite na adresu URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>, prípadne si od zákazníckeho servisu spoločnosti Merit môžete vyžiadať tlačенú kópiu: USA 1-800-356-3748 alebo EC +31 43 3588222

B. Karta implantátu pacienta

C.  Výrobca

UPUTE ZA POPUNJAVANJE

(sve treba unijeti trajnom tintom)

HR

1. **Ime pacijenta** – ime pacijenta ili ID pacijenta koje treba unijeti zdravstvena ustanova / zdravstveni djelatnik.
2. **Datum implantacije** – datum koji treba unijeti zdravstvena ustanova / zdravstveni djelatnik.
3. **Zdravstvena ustanova** – naziv i adresa zdravstvene ustanove koje treba unijeti zdravstvena ustanova / zdravstveni djelatnik.
4. **Naljepnica s informacijama o proizvodu** – ovdje stavite uklonjivu naljepnicu s oznake proizvoda.
5. **Dajte popunjenu karticu pacijentu.**

PRIEVODI

A. Skenirajte ili idite na URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> ili možete zatražiti tiskani primjerak od službe za potrošače tvrtke Merit: SAD 1-800-356-3748 ili EZ +31 43 3588222

B. Kartica pacijenta o implantiranom uređaju

C.  Proizvođač

УПАТСТВО ЗА ПОПОЛНУВАЊЕ

(сите записи треба да се внесат со трајно мастило)

MK

1. **Име на пациент** – Име на пациент или број на лична карта на пациент што треба да ги внесе здравствената установа/ давателот на здравствени услуги.
2. **Датум на имплантација** – Датум на имплантација што треба да го внесе здравствената установа/давателот на здравствени услуги.
3. **Здравствена установа** – Име и адреса на здравствената установа што треба да ги внесе здравствената установа/ давателот на здравствени услуги.
4. **Налепница со информации за производот** – Поставете ја отстранливата налепница од етикетата на производот овде.
5. **Дајте му пополнета картичка на пациентот.**

ПРЕВОДИ

A. Сkenирајте или одете на URL-то <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> или може да побарате печатена копија од службата за корисници на Merit: САД 1-800-356-3748 или ЕЗ +31 43 3588222

B. Картичка за имплантација на пациентот

C.  Производител

UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE

(koristiti neizbrisivo mastilo za sve unose)

SR

1. **Ime pacijenta** – Ime ili ID pacijenta koje unosi zdravstvena ustanova/lekar.
2. **Datum implantacije** – Datum koji unosi zdravstvena ustanova/lekar.

3. **Zdravstvena ustanova** – Naziv i adresa zdravstvene ustanove koju unosi zdravstvena ustanova/lekar.

4. **Nalepnica sa informacijama o proizvodu** – Ovdje postavite uklonjivu nalepnicu sa etikete proizvoda.

5. **Popunjenu karticu dajte pacijentu.**

PREVODI

A. Skenirajte ili idite na URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> ili možete da zatražite štampani primerak od korisničke službe kompanije Merit: SAD 1-800-356-3748 ili EZ +31 43 3588222

B. Kartica implantata za pacijenta

C.  Proizvođač

ИНСТРУКЦИЈА ПО ЗАПОЛНЕНИЈУ

(все записи выполняются стойкими чернилами)

RU

1. **Фамилия пациента** — фамилия или идентификатор пациента, которые вносятся медицинским работником/представителем учреждения здравоохранения.
2. **Дата имплантации** — дата, которая вносится медицинским работником/представителем учреждения здравоохранения.
3. **Учреждение здравоохранения** — наименование или идентификатор учреждения здравоохранения, которые вносятся медицинским работником/представителем учреждения здравоохранения.
4. **Наклейка с информацией об изделии** — поместите здесь съемную наклейку с этикетки изделия.
5. **Предоставьте заполненную карту пациенту.**

ПЕРЕВОД

A. Отсканируйте или перейдите по ссылке URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>. Кроме того, печатную копию можно заказать в службе поддержки компании Merit: США 1-800-356-3748 или EC +31 43 3588222

B. Карта имплантата пациента

C.  Производитель

TÄYTÖOHJEET

(kaikki merkinnät on tehtävä mustekynällä)

FI

1. **Potilaan nimi** – Potilaan nimi tai potilastunnus, jonka terveydenhuollon laitoks/palveluntarjoaja kirjoittaa.
2. **Implantointipäivä** – Päivämäärä, jonka terveydenhuollon laitoks/palveluntarjoaja kirjoittaa.
3. **Terveydenhuollon laitos** – Terveydenhuollon laitoksen nimi ja osoite, jonka terveydenhuollon laitoks/palveluntarjoaja kirjoittaa.
4. **Tuotemerkintätarra** – Laita tuotemerkinnöistä irrotettava tarra tähän.
5. **Anna täytetty kortti potilaalle.**

KÄÄNNÖKSET

A. Skannaa tai siirry verkko-osoitteeseen <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> tai voit pyytää paperiversion Merit-yhtiön asiakaspalvelusta: Yhdysvallat 1-800-356-3748 tai EY +31 43 3588222

B. Potilaan implanttikortti

C.  Valmistaja

الترجمة

A. قم بالمشح الضوئي أو الانتقال إلى عنوان URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> أو يمكن طلب نسخة مطبوعة من خدمة عملاء Merit: الولايات المتحدة الأمريكية 1-800-356-3748 أو المفوضية الأوروبية +31 43 3588222

B. بطاقة الزرع الخاصة بالمريض

C.  الشركة المصنعة

NORĀDĪJUMI PAR AIZPILDĪŠANU

(visi ieraksti ir jāveic ar neizdzēšamu tinti)

LV

1. **Pacienta vārds un uzvārds** — pacienta vārds un uzvārds vai pacienta ID, ko ievada veselības aprūpes iestāde / pakalpojumu sniedzējs.
2. **Implanta datums** — implantēšanas datums, ko ievada veselības aprūpes iestāde / pakalpojumu sniedzējs.
3. **Veselības aprūpes iestāde** — veselības aprūpes iestādes nosaukums un adrese, ko ievada veselības aprūpes iestāde / pakalpojumu sniedzējs.
4. **Izstrādājuma informācijas uzlīme** — novietojiet noņemamo uzlīmi no izstrādājuma etiķetes seīt.
5. **Izsniedziet pacientam aizpildītu karti.**

TULKOJUMI

A. Skenējiet vai atveriet vietrādi URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>, vai arī varat pieprasīt drukātu kopiju no Merit klientu apkalpošanas dienesta: ASV 1-800-356-3748 vai EK +31 43 3588222

B. Pacienta implanta karte

C.  Ražotājs

ИНСТРУКЦИИ ЗА ПОПЪЛВАНЕ

(всички записи да се правят с перманентно мастило)

BG

1. **Име на пациента** – име или ИД на пациента, които трябва се въведат от здравното заведение/доставчика на здравни услуги.
2. **Дата на имплантиране** – дата на имплантиране, която трябва да се въведе от здравното заведение/доставчика на здравни услуги.
3. **Здравно заведение** – наименование и адрес на здравното заведение, които трябва се въведат от здравното заведение/доставчика на здравни услуги.
4. **Стикер с информация за продукта** – тук поставете стикера, който може да се свали от етикета на продукта.
5. **Дајте попълнената карта на пациента.**

ПРЕВОДИ

A. Сканирайте или отидете на URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf>, или може да се поиска хартиено копие от отдела за обслужване на клиенти на Merit: САЩ 1-800-356-3748 или EK +31 43 3588222

B. Карта за имплант на пациента

C.  Производител

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE

(za vnos je treba uporabiti neizbrisno črnilo)

SL

1. **Ime pacienta** – ime ali ID pacienta, ki ga mora vnesti zdravstvena ustanova/izvajalec zdravstvenih storitev.
2. **Datum vsadka** – datum vsaditve, ki ga mora vnesti zdravstvena ustanova/izvajalec zdravstvenih storitev.
3. **Zdravstvena ustanova** – naziv in naslov zdravstvene ustanove, ki ju mora vnesti zdravstvena ustanova/izvajalec zdravstvenih storitev.
4. **Nalepka z informacijami o pripomočku** – sem namestite odstranljivo nalepko z oznake pripomočka.
5. **Izpolnjeno kartico izročite pacientu.**

PREVODI

A. Optično preberite ali pojdite na URL <https://cloud.merit.com/catalog/IFUs/408039002.pdf> ali pa od službe za pomoč strankam Merit zahtevajte tiskan izvod: ZDA 1-800-356-3748 ali ES +31 43 3588222

B. Kartica o vsadku za pacienta

C.  Proizvajalec



www.merit.com



Manufacturer:
Merit Medical Systems, Inc.
1600 West Merit Parkway,
South Jordan, Utah 84095 U.S.A.
1-801-253-1600
U.S.A. Customer Service 1-800-356-3748

408039003_001 ID 2024-05-13

© 2021 Merit Medical, Inc. or its affiliates. All rights reserved.