|  |
| --- |
| **Carte Européenne de Porteur de Défibrillateur** |
| **Identité PATIENT** |
| N° d'identification (IDRS STX-XXXX-YYYYY) |
| Nom : |
| Prénom : |
| Adresse : France |
|  |
| Tél. : |
| Date de naissance : - |
| Date 1ère implantation : |
| Symptôme(s) : |
| Étiologie(s) : |
| **CENTRE IMPLANTATION** |
| Docteur : Dr P. PI (PI) |
| Hôpital : Test |
| Adresse : 75000 Paris |
|  |
| Tél. : |
| **BOÎTIER** Mode : |
| Position : - Localisation : |
| Fabricant : - Modèle : |
| Date d'implantation : - N° série : |
| Médecin généraliste Nom: |
| Adresse: Tél. : / |
| Cardiologue Nom: |
| Adresse : Tél. / |
| Les données de la présente carte peuvent être conservées sur ordinateur par le centre d'implantation et la Société Française de Cardiologie. Elles peuvent d'être utilisées anonymement pour la surveillance du matériel de stimulation ainsi que pour la recherche médicale |
| Attention: prière de téléphoner au centre implantateur avant d'utiliser l'électrochirurgie, l’IRM ou les radiations ionisantes |