

LBL-002 Rev. A



14/18F Vascular Closure Device

PLEASE CARRY THIS CARD WITH YOU AT ALL TIMES

If you require additional vascular access through your groin, tell your doctor that you have a MANTA Vascular Closure Device in your groin.

If you require a magnetic resonance imaging (MRI) examination, tell your doctor or MRI Technologist that you have a MANTA Vascular Closure Device in your groin.

Patient Name: _____



Date of Implant: _____ Implant Location: _____

Implanting Physician: _____

Hospital: _____ Contact Number: _____

Place Patient Label Here

LBL-002 Rev. A



Vaskuläres Verschlussssystem MANTA 14/18F

BITTE TRAGEN SIE DIESES KÄRTCHEN STETS BEI SICH

Wenn Sie einen weiteren Gefäßzugang durch die Leiste benötigen, teilen Sie Ihrem Arzt mit, dass Sie in Ihrer Leiste ein vaskuläres Verschlussssystem MANTA tragen.

Wenn Sie eine Kemptomografie (MRT) benötigen, teilen Sie Ihrem Arzt oder dem MRT-Spezialisten mit, dass Sie in Ihrer Leiste ein vaskuläres Verschlussssystem MANTA tragen.

Name des Patienten: _____

Implantationsdatum: _____ Implantatstelle: _____

Implantationsarzt: _____

Krankenhaus: _____ Kontaktnummer: _____

Patientenetikett hier anbringen

LBL-002 Rev. A



Dispositif de fermeture vasculaire 14/18F

VEUILLEZ PORTER CETTE CARTE SUR VOUS EN PERMANENCE

Si votre médecin doit pratiquer un accès vasculaire à l'aîne, indiquez-lui qu'un dispositif de fermeture vasculaire MANTA est implanté à ce niveau.

Si vous devez subir un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM), indiquez à votre médecin ou au technicien IRM qu'un dispositif de fermeture vasculaire MANTA est implanté dans votre aîne.

Nom du patient : _____

Date de l'implantation : _____ Emplacement de l'implant : _____

Médecin implanteur : _____

Hôpital : _____ Coordonnées : _____

Placer l'étiquette du patient ici

LBL-002 Rev. A



14/18F vaskulär förslutningsenhet

VEUILLER PORTER CETTE CARTE SUR VOUS EN PERMANENCE

Si votre médecin doit pratiquer un accès vasculaire à l'aîne, indiquez-lui qu'un dispositif de fermeture vasculaire MANTA y est implanté.

Si vous devez subir un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM), indiquez à votre médecin ou au technicien IRM qu'un dispositif de fermeture vasculaire MANTA est implanté dans votre aîne.

Nom du patient : _____

Date de l'implantation : _____ Emplacement de l'implant : _____

Médecin implanteur : _____

Hôpital : _____ Coordonnées : _____

Placer l'étiquette du patient ici

LBL-002 Rev. A



14/18F Vascular Closure Device

HOUD DIT KAARTJE TE ALLEN TIJDE BIJ U

Wanneer u vasculaire toegang nodig hebt via uw lies, breng dan uw dokter op de hoogte dat u een MANTA Vascular Closure Device in uw lies heeft.

Wanneer u een MRI onderzoek dient te ondergaan, vertel u dan uw dokter of MRI technoloog dat u een MANTA Vascular Closure Device in uw lies heeft.

Patiënt Naam: _____

Implantatie Datum: _____ Implantatie Locatie: _____

Dokter: _____

Ziekenhuis: _____ Telefoonnummer: _____

Plaats patiënt label hier

LBL-002 Rev. A



14/18F -kokoinen verisuonen sulkulaite

PIDÄ TÄTÄ KORTTIA AINA MUKANASI

Jos tarvitset muuta verisuoniyhteyttä nivuksen kautta, kerro lääkärillesi, että sinulle on asettuut nivukseen verisuonen MANTA-sulkulaite.

Jos tarvitset magneettikuvaustutkimusta (MRI), kerro lääkärillesi tai magneettikuvausteknologille, että sinulle on asettuut nivukseen verisuonen MANTA-sulkulaite.

Potilaan nimi: _____

Implantoinnin päivämäärä: _____ Implantin sijainti: _____

Implantin asettanut lääkäri: _____

Sairaala: _____ Yhteysnumero: _____

Aseta potilastarra tähän

LBL-002 Rev. A



14/18F vaskulär förslutningsenhet

BÅR ALLTID MED DIG DETTA KORT

Om du behöver ytterligare kärlaccess genom ljumsken, ska du berätta för din läkare att du har en MANTA vaskulär förslutningsenhet i ljumsken.

Om MR-undersökning behövs, ska du berätta för din läkare eller MR-tekniker att du har en MANTA vaskulär förslutningsenhet i ljumsken.

Patientens namn: _____

Datum för implantat: _____ Implantatställe: _____

Implanterande läkare: _____

Sjukhus: _____ Kontaktnummer: _____

Placera patientetiketten här

LBL-002 Rev. A



14/18F vaskulær lukkeanordning

HA ALLTID DETTE KORTET MED DEG

Dersom du trenger ytterligere vaskular tilgang gjennom lymken, fortell legen at du har en MANTA vaskulær lukkeanordning i lymken.

Dersom du trenger en undersøkelse med magnetisk resonans avbildning (MR), fortell legen eller MR-teknologen at du har en MANTA vaskulær lukkeanordning i lymken.

Pasient navn: _____

Implantasjons- dato: _____ Implantat- sted: _____

Implanterende lege: _____

Hospital: _____ Kontaktnummer: _____

Plasser pasientetiketten her

LBL-002 Rev. A



14/18F karlukningsimplantat

HAV ALTID DETTE KORT PÅ DIG

Hvis du får behov for yderligere adgang til blodkar gennem lymken, skal du fortælle lægen, at du har et MANTA karlukningsimplantat i lymken.

Hvis du skal have foretaget en MR-scanning (billeddannelse ved magnetisk resonans), skal du fortælle lægen eller MR-scanningsteknikeren, at du har et MANTA karlukningsimplantat i lymken.

Patientens navn: _____



Dato for implantation: _____ Implantatets placering: _____

Læge, der foretog implantation: _____

Hospital: _____ Telefonnummer: _____

Placer patientmærket her

LBL-002 Rev. A



Dispositivo di chiusura vascolare MANTA 14/18F

PORTARE SEMPRE CON SÉ QUESTA TESSERA

Se dovesse avere bisogno di un ulteriore accesso vascolare attraverso la regione inguinale, comunicaci al medico di essere portatore di un dispositivo di chiusura vascolare MANTA nell'inguine.

Se deve sottoporsi a risonanza magnetica (RM), comunicaci al medico o al tecnico di RM di essere portatore di un dispositivo di chiusura vascolare MANTA nell'inguine.

Nome del paziente: _____

Data dell'implianto: _____ Sito di impianto: _____

Medico impiantatore: _____

Ospedale: _____ Numero di contatto: _____

Applicare qui l'etichetta del paziente

LBL-002 Rev. A



Dispositivo de cierre vascular de 14/18F

LLEVE ESTA TARJETA CONSIGO EN TODO MOMENTO

Si es preciso colocarle otro acceso vascular en la ingle, informe a su médico de que lleva implantado en la ingle un dispositivo de cierre vascular MANTA.

Si necesita someterse a un examen por resonancia magnética (RM), informe a su médico o al técnico de RM de que lleva implantado en la ingle un dispositivo de cierre vascular MANTA.

Paciente Nombre: _____



Fecha del implante: _____ Ubicación del implante: _____

México responsable del implante: _____

Hospital: _____ Número de contacto: _____

Colocar etiqueta del paciente aquí

LBL-002 Rev. A



Urządzenie do zamykania naczyń 14/18F

PROSZĘ NOSIĆ TĘ KARTĘ PRZY SOBIE PRZEZ CAŁY CZAS

Jeżeli będzie wymagany dodatkowy dostęp naczyniowy poprzez pachwinę, należy poinformować lekarza o umieszczeniu urządzenia MANTA do zamykania naczyń w pachwinie.

Jeżeli będzie wymagane badanie metodą rezonansu magnetycznego (RM), należy poinformować lekarza lub technika RM o umieszczeniu urządzenia MANTA do zamykania naczyń w pachwinie.

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data implantacji: _____ Lokalizacja implantu: _____

Lekarz wyk. implantację: _____

Szpital: _____ Numer telefonu do kontaktu: _____

Umieścić tutaj naklejkę pacjenta

LBL-002 Rev. A



Cévní uzavírací prostředek 14/18F

MĚJTE TUTO KARTU PROSÍM VŽDY U SEBE

Pokud u Vás bude potřeba provést další cévní přístup třísky, řekněte svému lékaři, že máte v tříslech cévní uzavírací prostředek MANTA.

Pokud budete muset podstoupit vyšetření MR, řekněte svému lékaři nebo obsluže MR, že máte v tříslech cévní uzavírací prostředek MANTA.

Jméno pacienta: _____

Datum implantace: _____ Umístění implantátu: _____

Implantaci provedl(a): _____

Zdravotnické zařízení: _____ Kontakt: _____

Sem nalepte štítek pacienta

LBL-002 Rev. A



Dispositivo de encerramento vascular de 14/18F

TENHA SEMPRE CONSIGO ESTE CARTÃO

Se necessitar de acesso vascular adicional através da virilha, informe o seu médico de que tem um dispositivo de encerramento vascular MANTA na virilha.

Se necessitar de um exame de ressonância magnética (RM), informe o seu médico ou o técnico de imagiologia de que tem um dispositivo de encerramento vascular MANTA na virilha.

Nome do doente: _____



Data da colocação do implante: _____ Localização do implante: _____

México responsável pela implantação: _____

Hospital: _____ Número de contacto: _____

Colocar etiqueta do doente aqui

LBL-002 Rev. A



Vaskulárny uzatvárací systém 14/18F

TÚTO KARTU MAJTE U SEBA PO CELÝ ČAS.

Ak potrebujete ďalší vaskulárny prístup cez slabinu, povedzte lekárovi, že máte v slabine vaskulárny uzatvárací systém MANTA.

Ak potrebujete vyšetrenie zobrazovaním magnetickou rezonanciou (MRI), povedzte lekárovi alebo technikovi MRI, že máte v slabine vaskulárny uzatvárací systém MANTA.

Meno pacienta: _____

Dátum implantácie: _____ Miesto implantácie: _____

Implantujúci lekár: _____

Nemocnica: _____ Kontaktné číslo: _____

Sem nalepte štítok pacienta

LBL-002 Rev. A



Pripomoček za zapiranje žil 14/18F

TO KARTICO IMEJTE VEDNO S SEBOJ

Če potrebujete dodaten žilni dostop skozi dimlje, svojemu zdravniku povejte, da imate v dimljah pripomoček za zapiranje žil MANTA.

Če potrebujete pregled z magnetnorezonančnim slikanjem (MRI), svojemu zdravniku ali MRI radiologu povejte, da imate v dimljah pripomoček za zapiranje žil MANTA.

Ime bolnika: _____


Datum vsaditve: _____ Položaj vsaditve: _____

Zdravnik, ki je opravil vsaditev: _____

Bolnišnica: _____ Kontaktna številka: _____

Sem nalepite nalepko bolnika

LBL-002 Rev. A



14/18F vaskulaarne sulgemisvahend

KANDKE SEDA KAARTI ALATI ENDAGA KAASAS

Kui vajate läbi kubeme täiendavat vaskulaarset juurdepääsu, öelge oma arstile, et teie kubemes on MANTA vaskulaarne sulgemisvahend.

Kui vajate magnetresonantstomograafia (MRT) uuringut, öelge oma arstile või MRT-tehnikule, et teie kubemes on MANTA vaskulaarne sulgemisvahend.

Patsiendi nimi: _____

Siirdamise kuupäev: _____ Siiriku asukoht: _____

Siiriku paigaldanud arst: _____

Haigla: _____ Telefoninumber: _____

Paigutage patsiendi siilt siia

LBL-002 Rev. A



14/18F érzáró eszköz

KÉRJÜK, HOGY MINDIG TARTSA MAGÁNÁL EZT A KÁRTYÁT!

Ha a légycékajlatában újabb érbehatalásra van szüksége, akkor tájékoztassa az orvosát, hogy MANTA érzáró eszköz található a légycékajlatában.

Ha mágneses rezonancia vizsgálatra (MRI) van szüksége, akkor tájékoztassa az orvosát vagy az MRI technikusát, hogy MANTA érzáró eszköz található a légycékajlatában.

Beteg neve: _____



Beültetés dátuma: _____ Implantátum helye: _____

Beültetés végző orvos: _____

Kórház: _____ Elérhetőség: _____

Ide helyezze el a betegcímkét

LBL-002 Rev. A



14/18F asinsvadu slēgšanas ierīce

LŪDZU, NĒSĀJIET ŠO KARTI SEV LĪDZI VISU LAIKU

Ja Jums nepieciešama papildu piekļuve asinsvadiem caur cirkšni, pastāstiet ārstam, ka Jums cirksnī ir MANTA asinsvadu slēgšanas ierīce.

Ja Jums nepieciešama magnētiskās rezonances attēldiagnostika (MRA), pastāstiet ārstam vai MRA speciālistam, ka Jums cirksnī ir MANTA asinsvadu slēgšanas ierīce.

Pacienta vārds un uzvārds: _____



Implantēšanas datums: _____ Implanta atrašanās vieta: _____

Implantētājaūs ārsts: _____

Slimnīca: _____ Kontaktālruna numurs: _____

Šeit ielīmēt pacienta etiķeti

LBL-002 Rev. A



Kraujagyslių uždarymo įtaisas 14/18F

ŠIAŲ KORTELĘ VISADA TURĖKITE SU SAVIMI

Jei reikia papildomos prielagos prie kraujagyslių per kirkšnį, pasakykite gydytojui, kad kirkšnyje yra MANTA kraujagyslių uždarymo įtaisas.

Jei reikia atlikti magnetinio rezonanso tomografiją (MRT), pasakykite gydytojui arba MRT technologui, kad kirkšnyje yra MANTA kraujagyslių uždarymo įtaisas.

Paciento vardas, pavardė: _____

Implantavimo data: _____ Implanto vieta: _____

Implantavęs gydytojas: _____

Ligoninė: _____ Kontaktinis numeris: _____

Paciento žymenų dėkite čia

