Κάρτα εμφυτεύματος OncoSil ™ **Ονοματεπώνυμο:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Ονομασία συσκευής:** OncoSil™ **Αριθμός μοντέλου:** OS01 **Αριθμός σειράς :** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ ΣΕΙΡΑΣ> **Ημερομηνία εμφύτευσης :** HH/MM/EEEE **Εμφυτευμένη δόση/ενεργότητα:** X MBq OncoSil Medical Level 5, 7 Eden Park Drive, Macquarie Park NSW 2113 Australia www.oncosil.com	**Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης** Αν αυτό το άτομο εισαχθεί σε νοσοκομείο ή χρειαστεί ιατρική περίθαλψη ή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, επικοινωνήστε με: **Όνομα ιατρού μελέτης:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός 24ωρης επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Διεύθυνση θεραπευτικού ιδρύματος:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Υπεύθυνος ακτινοπροστασίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΩΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ**
Κάρτα εμφυτεύματος OncoSil ™ **Ονοματεπώνυμο:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Ονομασία συσκευής:** OncoSil™ **Αριθμός μοντέλου:** OS01 **Αριθμός σειράς :** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ ΣΕΙΡΑΣ> **Ημερομηνία εμφύτευσης :** HH/MM/EEEE **Εμφυτευμένη δόση/ενεργότητα:** X MBq OncoSil Medical Level 5, 7 Eden Park Drive, Macquarie Park NSW 2113 Australia www.oncosil.com	**Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης** Αν αυτό το άτομο εισαχθεί σε νοσοκομείο ή χρειαστεί ιατρική περίθαλψη ή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, επικοινωνήστε με: **Όνομα ιατρού μελέτης:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός 24ωρης επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Διεύθυνση θεραπευτικού ιδρύματος:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Υπεύθυνος ακτινοπροστασίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΩΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ**
Κάρτα εμφυτεύματος OncoSil ™ **Ονοματεπώνυμο:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Ονομασία συσκευής:** OncoSil™ **Αριθμός μοντέλου:** OS01 **Αριθμός σειράς :** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ ΣΕΙΡΑΣ> **Ημερομηνία εμφύτευσης :** HH/MM/EEEE **Εμφυτευμένη δόση/ενεργότητα:** X MBq OncoSil Medical Level 5, 7 Eden Park Drive, Macquarie Park NSW 2113 Australia www.oncosil.com	**Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης** Αν αυτό το άτομο εισαχθεί σε νοσοκομείο ή χρειαστεί ιατρική περίθαλψη ή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, επικοινωνήστε με: **Όνομα ιατρού μελέτης:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός 24ωρης επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Διεύθυνση θεραπευτικού ιδρύματος:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Υπεύθυνος ακτινοπροστασίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΩΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ**
Κάρτα εμφυτεύματος OncoSil ™ **Ονοματεπώνυμο:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ > **Ονομασία συσκευής:** OncoSil™ **Αριθμός μοντέλου:** OS01 **Αριθμός σειράς :** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ ΣΕΙΡΑΣ> **Ημερομηνία εμφύτευσης :** HH/MM/EEEE **Εμφυτευμένη δόση/ενεργότητα:** X MBq OncoSil Medical Level 5, 7 Eden Park Drive, Macquarie Park NSW 2113 Australia www.oncosil.com	**Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης** Αν αυτό το άτομο εισαχθεί σε νοσοκομείο ή χρειαστεί ιατρική περίθαλψη ή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, επικοινωνήστε με: **Όνομα ιατρού μελέτης:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός 24ωρης επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Διεύθυνση θεραπευτικού ιδρύματος:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Υπεύθυνος ακτινοπροστασίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΩΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ**
Κάρτα εμφυτεύματος OncoSil ™ **Ονοματεπώνυμο:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Ονομασία συσκευής:** OncoSil™ **Αριθμός μοντέλου:** OS01 **Αριθμός σειράς :** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ ΣΕΙΡΑΣ> **Ημερομηνία εμφύτευσης :** HH/MM/EEEE **Εμφυτευμένη δόση/ενεργότητα:** X MBq OncoSil Medical Level 5, 7 Eden Park Drive, Macquarie Park NSW 2113 Australia www.oncosil.com	**Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης** Αν αυτό το άτομο εισαχθεί σε νοσοκομείο ή χρειαστεί ιατρική περίθαλψη ή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, επικοινωνήστε με: **Όνομα ιατρού μελέτης:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός 24ωρης επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Διεύθυνση θεραπευτικού ιδρύματος:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **Υπεύθυνος ακτινοπροστασίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ> **Αριθμός επικοινωνίας:** <ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΑΡΙΘΜΟ> **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΩΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ**