



HEALTH CARE

LOANER TRACKING FORM

Today's Date/Time	Date of case
Surgeon	Patient
Vendor	Procedure
Rep Name/Signature	Contact

Inventory Sheet: Y N

Cleaning/Sterilization Instructions: Y N

CSR Tech Signature _____

Cart _____ of _____

Tag Identifier

System Name _____

Tray Names

	COMPLETE	IMPLANTS	OPEN
1	Y N	Y N	Y N
2	Y N	Y N	Y N
3	Y N	Y N	Y N
4	Y N	Y N	Y N
5	Y N	Y N	Y N
6	Y N	Y N	Y N
7	Y N	Y N	Y N
8	Y N	Y N	Y N
9	Y N	Y N	Y N
10	Y N	Y N	Y N
11	Y N	Y N	Y N
12	Y N	Y N	Y N

Loaner Open: _____

Loaner DNO: _____

TOTAL # OF TRAYS

COMMENTS/SPECIAL INSTRUCTIONS

Page _____ of _____