

Ce formulaire doit être complété et fournir un maximum d'informations et de détails concernant le patient. La signature et le Cachet du professionnel de santé devront être apposés sur le présent formulaire. En l'absence de ce formulaire dûment complété, Nous devons vous retourner la pièce incriminée. Les coûts associés à ce retour seront à votre charge. Le professionnel de santé doit remettre un formulaire par produit à analyser.

Le dentiste doit soumettre un **formulaire par patient**.

ATTENTION ! Comment procéder à l'envoi des produits pour analyse

1. Tous les produits doivent être envoyés à Distributeur Agrée nettoyés et stérilisés, accompagnés du présent formulaire De garantie.
2. Les produits qui ne sont pas propres, stérilisés, ne seront pas reçus et acceptés pour analyse et seront jetés dès leur réception.
3. Le dentiste assume l'entière responsabilité des coûts de l'embauche éventuelle de sociétés tierces pour stériliser les produits envoyés sans se conformer aux éléments ci-dessus.
4. La préparation du rapport technique par Neodent, sur demande, sera effectuée dans les 45 jours ouvrables, après réception au Brésil à condition que toutes les conditions décrites ici soient remplies.
5. Les informations fournies pour analyse sont traitées de manière confidentielle et ne seront pas divulguées.
6. Le informazioni contrassegnate con * devono essere compilate per reclami relativi all'impianto
7. Le remplacement sera effectué par le même article, les exceptions seront traitées directement en tant que client.

En cas de doute, contactez le distributeur agréé Neodent.

INFORMATIONS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du Clinicien:

Adresse:

N°:

Complément:

Quartier:

Code Postal:

Ville:

État:

Pays:

Téléphone:

Courriel:

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PATIENT

N° ID Patient:

Date de Naissance:

Sexe:

Poids:

Observation: Ces données sont à uniquement où la législation le permet

DONNEES MEDICALES:

Diabète

Radiothérapie (tête/cou)

Maladie endocrinienne non stabilisée

Chimiothérapie

Maladies lymphatiques

Utilisation de stéroïdes (maladie)

Tabagisme

Abus d'alcool ou de drogue

Troubles de la coagulation sanguine

Immunodéficience

Xérostomie

Troubles psychologiques

Allergies?

Autres maladies?

INFORMATION PRODUIT

Référence	Intitulé du produit	N° de lot	Quantité	Data de pose de l'implant	Data de retrait de l'implant	Région d'installation*

* Informer la région d'installation selon la numérotation dentaire FDI

INFORMATIONS SUR L'OCCURRENCE

SÉLECTIONNEZ LE PROBLÈME:

Retrait de l'implant	Emballage	Patient décédé I	Ajustement incorrect
Fracture	Plainte d'étiquetage	Produit verrouillé	Ostéointégration-non obtenue
Épuisé	L'ingestion/L'inhalation	Function inappropriée	
Incomplet	Endommagé	Allergie:	
Illisible			
Complications post-chirurgicales, décrire:			
Autre:			

*Le retrait de l'implant est-il lié à un problème en rapport avec la partie secondaire ou les instruments ?

*Le retrait de l'implant était-il la décision du dentiste ou la demande du patient ?

*Dans le cas d'un retrait d'implant, a-t-il été remplacé en utilisant la même procédure chirurgicale ?

*Quelle est la force appliquée ? N.cm

*Qualité osseuse constatée ?

*L'implant a -t-il immédiatement mis en charge ?

* Y-a-t-il eu une fenestration?

*Un greffon osseux a-t-il été réalisé sur cette zone ? Si es así, ¿qué material se utiliza?

*Information concernant la partie secondaire :

*Quand a-t-elle été placée ?

*Date de la pose du pilier :

*Hygiène à propos implant

*FACTORES QUE PUEDEN HABER INFLUIDO EL PROBLEMA ENCONTRADO:

Trauma oclusal	Trauma/accidente	Carga inmediata
Trauma quirúrgico	Presión de la lengua	No utiliza placa miorrelajante
Infección	Periimplantitis	Extracción inmediata
Sobrecalentamiento de hueso	Reabsorción Ósea	Fractura del implante
Calidad ósea insuficiente	Cantidad ósea insuficiente	Perforación de seno maxilar
Sección del nervio	Bruxismo	Sobrecarga biomecánica
¿Medicamentos?		
¿Otras enfermedades?		
¿Otros?		

*LA PÉRDIDA DEL IMPLANTE FUE ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

Dolores	Hinchazón	Inflamación
Hemorragia	Hipersensibilidad	No hubo ningún síntoma
Mobilidad	Entumecimiento	No hubo visitas de control
Absceso	Fístula	
¿Otros?		

*QUALE SEQUENZA DI FORATURA È STATA APPLICATA? INDICARE:

Fresa Iniziale	Fresa Aspirale 2.0	Fresa Spirale 2.8	Fresa Spirale 3.0	Fresa Spirale 3.15	Fresa Spirale 3.3	Fresa Spirale 3.8	Fresa Spirale 4.3	Fresa Spirale 5.3						
Fresa Alvim 2.0	Fresa Alvim 3.5	Fresa Alvim 4.3	Fresa Alvim 5.0	Maschiatore 3.5	Maschiatore 4.3	Maschiatore 5.0								
Fresa Pilota 2/3	Fresa Pilota 2.8/3.5	Fresa Pilota 3/3.75	Fresa Pilota 3.3/4	Fresa Pilota 3.6/4.3	Fresa Pilota 4.3/5	Fresa Pilota 3.8/ 4.3	Fresa Pilota 4.3/5.3	Fresa Pilota 5.3/6						
Fresa Svasate 3.3	Fresa Svasate 3.5	Fresa Svasate 4.1	Fresa Svasate 4.3	Fresa Svasate 4.5/5.0										
Fresa Facility 2.0	Fresa Facility 10	Fresa Facility 12	Fresa Facility 14	Maschiatore Facility										
Fresa Zigomático 2.9 Plus	Spirale 2.7 Zigomatico	Spirale Pilota 2.7/3.3	Spirale 3.3 Zigomatico	Spirale Pilota 3.3/3.7	Svasate Zigomatico CM Plus									
Fresa Conico 2.0	Fresa Conico 3.5	Fresa Contorno Conica 3.5+	Fresa Conica 3.75	Fresa Contorno Conica 3.75+	Fresa Conica 4.0	Fresa Contorno Conica 4.0+	Fresa Conica 4.3	Fresa Contorno Conica 4.3+	Fresa Conica 5.0	Fresa Contorno Conica 5.0+	Fresa Conica 6.0			
Fresa Pilota GM 2/3	Fresa Pilota GM 2.8/3.5	Fresa Pilota GM 3/3.75	Fresa Pilota GM 3.3/4	Fresa Pilota GM 3.6/4.3	Fresa Pilota GM 4.3/5	Fresa Pilota GM 3.8/4.3	Fresa Pilota 4.3/5.3	Fresa Pilota GM 5.3/6						
Initial	Fresa Conique 2.0	Fresa Conique 3.5	Fresa Conique 4.3	Foret alé seur Zi	Foret Profilée Pour Zi									

Outras?

EN CASO DE PRODUCTO REUTILIZADO

¿Cuál el producto utilizado para limpieza?

¿Medio utilizado?

¿Qué material es utilizado en la antisepsia?

¿Hubo alguna dificultad para usar el producto?

INFORME DE ANÁLISIS

¿Quieres recibir el informe de análisis de la reclamación?

TÉRMINO DEL COMPROMISO

Declaro que la información anterior es verdadera y coherente con el informe de atendimento. E que los ítems enviados arriba descritos fueron debidamente esterilizados dentro de los estándares ideales, antes del envío para la elaboración del laudo técnico.

Responsable:

Fecha:

Firma: