

Il presente modulo va compilato con il maggior numero di informazioni e dettagli relativi al paziente e deve contenere timbro e firma del professionista. Il mancato completamento del modulo comporterà la restituzione del prodotto e i costi di trasporto saranno da considerarsi a carico del cliente.

Il dentista deve inviare un modulo per paziente.

## ATTENZIONE! Modalità di invio dei prodotti per l'analisi

1. Tutti i prodotti devono essere spediti a NEODENT/DISTRIBUTORE AUTORIZZATO perfettamente puliti e sterilizzati, insieme al modulo di garanzia compilato.
2. I prodotti che non vengono puliti, sterilizzati, non saranno ricevuti e accettati per l'analisi e saranno scartati al ricevimento.
3. Il professionista si assume il costo della sterilizzazione effettuata da terzi per prodotti spediti senza aver rispettato le istruzioni sopra riportate.
4. La preparazione della relazione tecnica da parte di Neodent verrà effettuata entro 45 giorni, a condizione che tutti i requisiti descritti nel presente modulo siano stati soddisfatti.
5. Le informazioni fornite per la revisione sono considerate confidenziali e non saranno divulgate.
6. In caso di ulteriori domande, contattare il distributore autorizzato;
7. Le informazioni contrassegnate con \* devono essere compilate per reclami relativi all'impianto.
8. La sostituzione sarà effettuata dallo stesso articolo rivendicato, le eccezioni saranno trattate direttamente con il cliente

### INFORMAZIONI SUL CHIRURGO

Nome del Professionista:

Indirizzo:

Numero civico:

CAP:

Città:

Prov:

Nazione:

Telefono:

E-mail:

### INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Nome o Codice paziente:

Data di Nascita:

Sesso:

Peso:

Obs.: Compilare solo se previsto dalla legislazione vigente

#### DATI MEDICI:

Diabete Mellito

Radiazioni Tx (testa/collo)

Abuso di droghe o alcolici

Chemioterapia

Disturbi linfatici

Patologia richiedente steroidi

Fumatore

Patologia endocrina incontrollata

Disturbi di coagulazione

Immunodeficienza

Xerostomia

Disturbi psicologici

Allergie?

Altre Malattie?

### INFORMAZIONE SUL PRODOTTO

| Codice | Nome do prodotto | Lotto | Quantità | Data dell'installazione | Data de Remoção | Região de instalação* |
|--------|------------------|-------|----------|-------------------------|-----------------|-----------------------|
|        |                  |       |          |                         |                 |                       |

\*Informare la regione di installazione in base alla numerazione dentale FDI

INFORMAZIONI SULL'OCCORSO

SELEZIONA IL PROBLEMA:

|                                             |                            |                     |                        |
|---------------------------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------|
| Frattura                                    | Problema di imballaggio    | Incompleto          | Vestibilità errata     |
| Rimozione                                   | Problema di etichettatura  | Prodotto bloccato   | Funzione inappropriata |
| Danneggiato                                 | Prodotto ingoiato/aspirato | Illeggibile         |                        |
| Deformazione                                | Decesso                    | Allergie, descrivi: |                        |
| Fallimento da osteointegrazione             |                            |                     |                        |
| Complicazioni post-chirurgiche, descrivere: |                            |                     |                        |
| Altri:                                      |                            |                     |                        |

\*La rimozione dell'impianto è stata causata da un problema con la componente protesica o strumentale?

\*La rimozione dell'impianto è stata del dentista o la richiesta del paziente?

\*In caso di rimozione dell'impianto è stato posizionato un altro impianto durante la stessa procedura chirurgica?

\*Quale torque è stato applicato? N.cm

\*Qualità dell'osso riscontrata?

\*L'impianto è andato perso immediatamente? Se sim, havia lesão?

\*Si è verificato qualche tipo di fenestrazione?

\*E' stato effettuato un innesto osseo nella regione? Se sim, qual o material utilizado ?

\*Dati dei componenti installati:

\*Quando è stato installato?

\*Data di installazione dei componenti:

\*Igiene intorno all'impianto:

\*FATTORI CHE POTREBBERO AVER INFLUENZATO IL VERIFICARSI DELL'EVENTO:

|                             |                                |                                                    |
|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| Trauma occlusale            | Trauma/incidente               | Carico immediato                                   |
| Trauma chirurgico           | Pressione linguale             | Mancato Controllo delle Occlusioni                 |
| Infezione                   | Perimplantite                  | Sito di estrazione immediata Fratura dell'impianto |
| Surriscaldamento dell'osso  | Riassorbimento osseo           | Perforazione della membrana del seno               |
| Qualità ossea insufficiente | Quantità di osso insufficiente | Sovraccarico biomeccanico                          |
| Compressione nervosa        | Bruxismo                       |                                                    |
| Medicinali?                 |                                |                                                    |
| Altre Malattie?             |                                |                                                    |
| Altre?                      |                                |                                                    |

\*LA PERDITA IMPLANTARE E' STATA ACCOMPAGNATA DAI SEGUENTI EVENTI:

|           |                 |                                               |
|-----------|-----------------|-----------------------------------------------|
| Dolore    | Gonfiore        | Infiammazione                                 |
| Emorragia | Ipersensibilità | Nessun sintomo                                |
| Mobilità  | Intorpidimento  | Non sono state effettuate visite di controllo |
| Abscesso  | Fistola         |                                               |
| Altre     |                 |                                               |

\*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      | Fresaa 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 Zigomatico 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      |                  |                            |                  |  |  |  |
| Iniziale                  | Fresa Conica 2.0        | Fresa Conica 3.5           | Fresa Conica 4.3       | Fresa Svasatrice Zi         | Fresa Profilo Osseo Zi     |                            |                       |                            |                  |                            |                  |  |  |  |

Altri?

### IN CASO DI PRODOTTI RIUTILIZZABILI

Quale prodotto è stato utilizzato per la pulizia?

Metodo utilizzato?

Quale materiale è stato utilizzato in antisepsi?

Ha riscontrato difficoltà nell'utilizzare lo strumento?

### RAPPORTO DI ANALISI

Desideri ricevere l'analisi del reclamo?

### CONSENSO

Certifico che gli strumenti descritti nel presente modulo sono stati adeguatamente sterilizzati nel pieno rispetto degli standard vigenti, prima di essere spediti per la stesura della relazione tecnica.

Nome della persona responsabile:

Data:

Firma: