

Este formulário deve ser preenchido com o máximo de informações e detalhes do paciente, contendo a assinatura e carimbo do profissional. O não preenchimento do formulário acarretará a devolução do produto, ficando os encargos de transporte por conta do profissional dentista.

O profissional dentista deve enviar um formulário por paciente.

ATENÇÃO! Como proceder ao envio de produtos para análise:

1. Os produtos devem ser encaminhados à Neodent completamente higienizados e esterelizados aos cuidados do setor de Gestão de Segurança do Produto da NEODENT, situado na Av. Juscelino Kubistchek de Oliveira 3291, CIC/CEP: 81270-200, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil;
2. Os produtos devem ser acompanhados do presente formulário e com os respectivos documentos, quando permitido pela legislação vigente: Cópia da nota fiscal de compra do produto; cópia da ficha clínica do paciente; radiografias periapicais ou panorâmica, sendo assegurada a devolução ao profissional após análise pela Neodent;
3. Produtos que não estejam limpos, esterilizados, não serão recebidos e aceitos para análise, sendo descartados quando de seu recebimento;
4. O profissional dentista assume a inteira responsabilidade pelos custos de eventual contratação de empresas terceirizadas para esterilização de produtos enviados sem a observância dos itens acima;
5. A elaboração do laudo técnico pela Neodent, quando solicitado, será feita dentro do prazo de 45 dias úteis, após recebimento no Brasil desde que atendidas todas as condições aqui descritas;
6. As informações fornecidas para análise são tratadas como confidenciais e não serão divulgadas;
7. As informações assinaladas com * devem ser obrigatoriamente preenchidas para reclamações de implante;
8. A reposição será realizada pelo mesmo item, exceções, serão tratadas diretamente como o cliente;
9. Em caso de dúvidas, entre em contato com o SAC da Neodent através do telefone: 0800 725 6363.

INFORMAÇÕES SOBRE O CIRURGIÃO DENTISTA / PROTÉTICO

Nome do Profissional:

CRO/UF:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

País:

Telefone:

E-mail:

CNPJ:

Obs.: Informar o CNPJ se a compra foi realizada em nome de pessoa jurídica

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

Nome ou Código de Identificação:

Data de Nascimento:

Sexo:

Peso:

Obs.: Preencher quando permitido pela legislação do país.

DADOS MÉDICOS:

Diabetes Mellitus

Radioterapia (cabeça/pescoço)

Consumo abusivo de álcool ou drogas

Quimioterapia

Distúrbio linfático

Doença que requeira uso de esteroides

Tabagismo

Doença endócrina não controlada

Distúrbio de coagulação sanguínea

Deficiência Imunológica

Xerostomia

Transtorno psicológico

Alergias?

Outras doenças?

INFORMAÇÕES SOBRE O PRODUTO

Código do produto	Nome do produto	Lote	Quantidade	Data de Instalação	Data de Remoção	Região de instalação*

*Informar a região de instalação de acordo com a numeração dentária FDI

INFORMAÇÕES SOBRE A OCORRÊNCIA

SELECIONE O PROBLEMA:

Perda Precoce	Problema de embalagem	Óbito/Falsificação	Encaixe Incorreto
Perda Tardia	Problema de rotulagem	Incompleto	Função Inadequada
Fratura	Deglutição/Aspiração	Produto Travado	Ilegível
Remoção	Espanado	Desgastado	
Alergia, descrever:			
Complicações pós cirúrgicas, descrever:			
Outro			

*A remoção do implante foi consequência de problema com componente ou instrumental?

*A remoção do implante foi decisão do dentista ou solicitação do paciente?

*No caso de remoção do implante, foi substituído no mesmo ato cirúrgico?

*Qual foi o torque aplicado? N.cm

*Qual a qualidade óssea encontrada?

*Foi realizado implante imediato? Se sim, havia lesão?

*Houve algum tipo de fenestração?

*Foi realizado enxerto ósseo no local? Se sim, qual o material utilizado (Particulado/Bloco)?

*Dados do componente instalado:

*Quando foi instalado?

*Data de instalação do componente:

*Higiene ao redor do implante

*FATORES QUE POSSAM TER INFLUENCIADO O PROBLEMA ENCONTRADO:

Trauma oclusal	Trauma/acidente	Carga imediata
Trauma cirúrgico	Pressão da Língua	Não faz uso de placa miorrelaxante
Infecção	Peri-implantite	Local de extração imediata
Aquecimento ósseo	Reabsorção óssea	Fratura do implante
Qualidade óssea insuficiente	Quantidade óssea insuficiente	Perfuração da membrana do seio
Compressão do nervo	Bruxismo	Sobrecarga biomecânica
Medicamentos?		
Outras doenças?		
Outros?		

*A PERDA DO IMPLANTE FOI ACOMPANHADA PELOS SEGUINTE ACONTECIMENTOS:

Dores	Inchaço	Inflamação
Hemorragia	Hipersensibilidade	Não houve qualquer sintoma
Mobilidade	Dormência	Não houve consultas de controle
Abscesso	Fístula	
Outros		

*QUAL A SEQUÊNCIA DE BROCAS UTILIZADAS? ASSINALE:

Broca Lança	Broca Titamax 2.0	Broca Titamax 2.8	Broca Titamax 3.0	Broca Titamax 3.15	Broca Titamax 3.3	Broca Titamax 3.8	Broca Titamax 4.3	Broca Titamax 5.3						
Broca Alvim 2.0	Broca Alvim 3.5	Broca Alvim 4.3	Broca Alvim 5.0	Macho de Rosca 3.5	Macho de Rosca 4.3	Macho de Rosca 5.0								
Broca Piloto 2/3	Broca Piloto 2.8/3.5	Broca Piloto 3/3.75	Broca Piloto 3.3/4	Broca Piloto 3.6/4.3	Broca Piloto 4.3/5	Broca Piloto 3.8/ 4.3	Broca Piloto 4.3/5.3	Broca Piloto 5.3/6						
Broca Countersink 3.3	Broca Countersink 3.5	Broca Countersink 4.1	Broca Countersink 4.3	Broca Countersink 4.5/5.0										
Broca Facility 2.0	Broca Facility 10	Broca Facility 12	Broca Facility 14	Formador de Rosca Facility										
Esférica 2.9 Zigomático Plus	Helicoidal 2.7 Zigomático	Helicoidal Piloto 2.7/3.3	Helicoidal 3.3 Zigomático	Helicoidal Piloto 3.3/3.7	Countersink Zigomático CM Plus									
Broca Cônica 2.0	Broca Cônica 3.5	Broca Cônica sobrecontorno 3.5+	Broca Cônica 3.75	Broca Cônica sobrecontorno 3.75+	Broca Cônica 4.0	Broca Cônica sobrecontorno 4.0+	Broca Cônica 4.3	Broca Cônica sobrecontorno 4.3+	Broca Cônica 5.0	Broca Cônica sobrecontorno 5.0+	Broca Cônica 6.0			
Broca Piloto 2/3	Broca Piloto 2.8/3.5	Broca Piloto 3/3.75	Broca Piloto 3.3/4	Broca Piloto 3.6/4.3	Broca Piloto 4.3/5	Broca Piloto 3.8/4.3	Broca Piloto 4.3/5.3	Broca Piloto 5.3/6						
Inicial	Broca Conica 2.0	Broca Cônica 3.5	Broca Cônica 4.3	Countersink Zi	Broca Perfil Osseo Zi									

Outras?

EM CASO DE PRODUTO REUTILIZADO

Qual produto utilizado para limpeza?

Meio utilizado?

Qual material utilizado na antissepsia?

Houve alguma dificuldade em relação ao uso do produto?

RELATÓRIO DE ANÁLISE

Deseja receber o relatório de análise de reclamação?

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que os itens enviados foram devidamente esterilizados e que as informações acima são verdadeiras e condizem com o prontuário de atendimento.

Responsável:

Data:

Assinatura: