

Este formulario debe ser rellenado con el máximo de información y detalle sobre su paciente, conteniendo la firma y sello del cliente. La no cumplimentación del formulario acarreará la devolución del producto, quedando los costes de transporte a cargo del cliente.

El dentista debe enviar un formulario por paciente.

¡ATENCIÓN! Como proceder para el envío de muestras para análisis.

1. Todos los productos deben ser enviados a Neodent/Distribuidor Autorizado/Subsidiaria completamente higienizados y esterilizados
2. Productos que no estén limpios, esterilizados y con la respectiva declaración de esterilización llena no serán recibidos y aceptados para análisis, siendo descartados apenas lleguen a las instalaciones.
3. El dentista toma la responsabilidad por los custosprofissional dentista assume a inteira responsabilidade pelos custos de eventual contratación de otras empresas para la esterilización de productos enviados sin estar esterilizados.
4. La preparación del informe técnico por parte de Neodent, cuando se solicite, se realizará dentro de los 45 días hábiles siguientes a su recepción en Brasil, siempre que se cumplan todas las condiciones aquí descritas.
5. A información proporcionada para el análisis se trata como confidencial y no se divulga.
6. La información marcada con * debe completarse para reclamos de implantes.
7. El reemplazo se realizará por el mismo artículo, las excepciones se manejarán directamente como el cliente.

En caso de dudas, contacta el Distribuidor Autorizado Neodent.

INFORMACIÓN SOBRE EL ODONTÓLOGO/PROTÉSICO

Nombre del Profesional:

Domicilio:

Nº:

CP:

Ciudad:

Provincia:

País:

Teléfono:

E-mail:

INFORMACIONES DEL PACIENTE

Nombre o Código de Identificación:

Data de Nacimiento:

Sexo:

Peso:

Obs.: llenar cuando lo permite la legislación del país.

DATOS MÉDICOS:

Diabetes Mellitus

Radioterapia (cabeza/cuello)

Abuso de drogas y alcohol

Quimioterapia

Transtorno linfático

Enfermedad que requiere esteroides

Tabaquismo

Enfermedad endocrina no controlada

Desorden de coagulación sanguínea

Deficiencia inmunológica

Xerostomía

Disfunción psicológica

¿Alergias?

¿Otras enfermedades?

INFORMACIONES DE LOS PRODUCTOS

Código del producto	Nombre del producto	Lote nº	Cantidad	Fecha de instalación	Fecha de remoción	Región de instalación*

*Informar a la región de instalación de acuerdo con la numeración dental de FDI

INFORMACIÓN SOBRE LA OCURRENCIA

SELECCIONE EL PROBLEMA:

Falla en la oseointegración	Problema de embalaje	Muerte/Falsificación	Ajuste incorrecto
Remoción	Problema de etiquetado	Incompleto	Función inapropiada
Fractura	Deglución/Aspiración	Producto bloqueado	
Desgastado	Dañado	Alergias, describa:	
Ilegible			
Complicaciones posquirúrgicas, describa:			
Otros:			

*¿La remoción fue consecuencia de problema con el componente o instrumental?

*¿La extracción del implante fue decisión del dentista o solicitud del paciente?

*¿En caso de remoción del implante, fue sustituido en el mismo acto quirúrgico?

*¿Cuál torque aplicado? N.cm

*¿Cuál la calidad del hueso?

*¿Fue realizado implante inmediato? Si es así, ¿hubo alguna lesión?

*¿Hubo algún tipo de dehiscencia?

*¿Fue realizado injerto óseo en la zona afectada? Si es así, ¿qué material se utiliza?

*Datos del componente instalado:

*¿Cuándo fue instalado?

*Fecha de instalación del componente:

*Higiene alrededor del implante:

*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						
Fresa Inicial	Fresa Conica 2.0	Fresa Conica 3.5	Fresa Conica 4.3	Countersink Zi	Fresa Perfil Osseo 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: