

Questionario di garanzia

[Compilare il questionario online sul sito www.neodent.ch/it/eshop]

1. INFORMAZIONI SUL CLIENTE

Nome del clinico	<input type="text"/>	Codice cliente	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Paese	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Riferito da	<input type="text"/>

2. INFORMAZIONI SUL PRODOTTO (Si prega di elencare tutti i prodotti Neodent interessati)

Numero articolo.	N. Lotto	Data inserimento (GG/MM/AAAA)	Data di rimozione (GG/MM/AAAA)	Sito dell'impianto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Richiesta prodotti da sostituire (N° articolo): _____

3. INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE (Richieste unicamente in caso di reclami sugli impianti)

ID paziente* Et  F M

DATI CLINICI

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici | <input type="checkbox"/> Malattia endocrina incontrollata |
| <input type="checkbox"/> Radiografie torace-testa/area collo | <input type="checkbox"/> Xerostomia | <input type="checkbox"/> Immunosensibilit  compromessa |
| <input type="checkbox"/> Patologia richiedente steroidi | <input type="checkbox"/> Disturbi linfatici | <input type="checkbox"/> Disordini della coagulazione |
| <input type="checkbox"/> Chemioterapia nel periodo di inserimento dell'impianto | <input type="checkbox"/> Abuso di alcool o droghe | |

Allergie: _____ Altre patologie locali o sistemiche eventualmente significative: _____

Il paziente fuma? S  No Dati non significativi

4. INFORMAZIONI CHIRURGICHE (Richieste unicamente in caso di reclami sugli impianti)

- Inserimento manuale Adattatore contrangolo

Se l'impianto   stato inserito e rimosso lo stesso giorno,
  stato inserito un altro impianto con successo nel sito durante l'intervento? S  No

IN CASO DI DIFFICOLT  D'INSERIMENTO DEL DISPOSITIVO/PARTE DI TRANSFER PRE-MONTATA, TALE DIFFICOLT    EMERSA DURANTE:

- L'inserimento dell'impianto nell'osso La rimozione del dispositivo dall'impianto
 La rimozione dell'impianto dal flaconcino Altro: _____

AL MOMENTO DELL'INTERVENTO, QUALI DEI SEGUENTI ASPETTI ERANO PRESENTI:

- Malattia parodontale Malattia della mucosa
 Infezione locale/osteite cronica o subacuta Complicazione nella preparazione del sito

- | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Qualit  dell'osso | <input type="checkbox"/> Tipo I | <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Tipo III | <input type="checkbox"/> Tipo IV |
| Il sito   stato maschiato? | <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> n.a | |
| Fresa Bone Level Profile utilizzata? | <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> n.a | |
| Fresa Tissue Level Profile utilizzata? | <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> n.a | |
|   stata utilizzata la chiave di ritegno? | <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> n.a | |
|   stata raggiunta la stabilit  primaria? | <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> No | | |
| L'impianto ha raggiunto l'osteointegrazione? | <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> No | | |
| La superficie dell'impianto   stata completamente coperta dall'osso? | <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> No | | |

  STATO EFFETTUATO UN AUMENTO OSSEO AL MOMENTO DELL'INTERVENTO?

No Seno mascellare Cresta Materiale utilizzato: _____

  STATA USATA UNA MEMBRANA RGT?

No S  Riassorbibile Non riassorbibile Materiale utilizzato: _____

Questionario di garanzia

(Compilare il questionario online sul sito www.neodent.ch/it/eshop)

5. INFORMAZIONI SULL'EVENTO (Richieste unicamente in caso di reclami sugli impianti)

Igiene intorno all'impianto ottima buona discreta scarsa

QUALE DEI SEGUENTI ASPETTI HA INTERESSATO L'EVENTO?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma/incidente | <input type="checkbox"/> Frattura dell'impianto | <input type="checkbox"/> Qualità/quantità inadeguata dell'osso |
| <input type="checkbox"/> Sovraccarico biomeccanico | <input type="checkbox"/> Surriscaldamento dell'osso | <input type="checkbox"/> Precedente aumento dell'osso |
| <input type="checkbox"/> Sito di estrazione immediato | <input type="checkbox"/> Peri-implantite | <input type="checkbox"/> Compressione nervosa |
| <input type="checkbox"/> Adiacenza a dente endodontico | <input type="checkbox"/> Infezione | <input type="checkbox"/> Perforazione del seno |
| <input type="checkbox"/> Lingua (compressione) | <input type="checkbox"/> Bruxismo | <input type="checkbox"/> Riassorbimento osseo |

Altro: _____

AL MOMENTO DELLA MANCATA RIUSCITA DELL'IMPIANTO, È STATO RISCOVTRATO (BARRARE TUTTE LE VOCI APPLICABILI):

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dolore | <input type="checkbox"/> Sanguinamento | <input type="checkbox"/> Gonfiore | <input type="checkbox"/> Intorpidimento |
| <input type="checkbox"/> Mobilità | <input type="checkbox"/> Fistola | <input type="checkbox"/> Asintomatico | <input type="checkbox"/> Infiammazione |
| <input type="checkbox"/> Ipersensibilità | <input type="checkbox"/> Aumentata sensibilità | <input type="checkbox"/> Ascesso | Altro: _____ |

La protesi è stata integrata? No Sì In caso affermativo, si prega di compilare la sezione 6.

Se l'impianto viene lasciato in sede, si può notare quanto segue (selezionare le eventualità appropriate)?

Estensione (mm): Perdita ossea _____ Deiscenza _____ Perimplantite _____ Fenestrazione _____ Altro _____

Si prega di riportare le motivazioni che si pensa possano aver determinato la mancata riuscita/rimozione dell'impianto:

6. INFORMAZIONI SULLA PROTESI (Richieste unicamente in caso di reclami sulle componenti secondarie e sulle ricostruzioni)

Progetto digitale n.: _____ Modello Inserimento In uso

Tipo di restauro? Corona Ponte RPD (superiore) RPD (inferiore)

Completo (superiore) Completo (inferiore) Altro: _____

Data di installazione della componente secondaria Data di rimozione della componente secondaria

Componente dinamometrica aggiuntiva usata? Sì No Non noto Torque applicato Ncm

Data di installazione protesi provvisoria Data di installazione protesi definitiva

È stato rispettato il previsto appuntamento di follow-up? Sì No

Descrizione dell'evento:

7. STRUMENTI (Richieste unicamente in caso di reclami sugli strumenti)

Numero approssimativo di utilizzi: (solo strumenti da taglio) Uso iniziale 2-5 6-10 11-15 più di 15

Metodo di pulizia usato Manuale Ultrasuoni Termodisinfezione Altro: _____

Metodo di sterilizzazione usato Autoclave Calore a secco Autoclave chimica

Breve descrizione dell'incidente:

Si prega di restituire il questionario, il prodotto autoclavato ed eventuali radiografie (se pertinente). **Il reclamo deve essere inoltrato entro 90 giorni dopo l'espianto! Inviare gli oggetti utilizzando un sacchetto imbottito. In caso contrario, il contenuto potrebbe andare perduto durante la spedizione, con conseguente annullamento del programma di garanzia. Autoclavare tutti i prodotti ed etichettarli come sterili.** Ai sensi dei Termini e delle Condizioni di Garanzia Straumann, si prega di esaminare la possibilità di sostituire i prodotti sopra elencati.

Firma del medico: _____ Data: _____

SOLO PER USO INTERNO

CSN PSO ASR RPC Info incomplete Std/No