

# Questionario di garanzia

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> L'inserimento dell'impianto nell'osso     | <input type="checkbox"/> La rimozione del dispositivo dall'impianto |
| <input type="checkbox"/> La rimozione dell'impianto dal flaconcino | Altro: _____  |

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Malattia parodontale                        | <input type="checkbox"/> Malattia della mucosa                     |
| <input type="checkbox"/> Infezione locale/osteite cronica o subacuta | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

