

Questionnaire sur la Garantie Straumann®

straumanngroup.ca/eshop

Numéro de dossier (s'il est connu)

INFORMATIONS DU CLIENT

Détails sur le client

Nom de l'établissement _____
Nom du clinicien _____
Téléphone du contact _____
Courriel du contact _____

Vendu au compte n° : _____
Adresse 1 _____
Adresse 2 _____
Adresse 3 _____
Ville _____
Prov _____ Code postal _____

Vérifier si identique à Vendu à

Livraison au compte n° : _____
Adresse 1 _____
Adresse 2 _____
Adresse 3 _____
Ville _____
Prov _____ Code postal _____

INFORMATIONS DU PATIENT

Détails sur le patient (pour la confidentialité, NE PAS

utiliser le nom du patient)

Numéro d'identification du patient _____

Âge du patient _____

Genre : Femme Homme Autre

Fumeur? Non Oui

Antécédents

Trouble psychologique Trouble de la coagulation sanguine Maladie nécessitant des stéroïdes
Trouble lymphatique Maladie endocrinienne non traitée Chimiothérapie coïncidente
Toxicomanie ou abus d'alcool Diabète sucré Xérostomie
Immunité déficiente Radiation Tx (région de la tête / du cou) Aucun résultat significatif
Allergies pertinentes : _____ Maladies pertinentes : _____

INFORMATIONS DU PRODUIT *Veuillez énumérer tous les produits Straumann concernés

Les demandes de remboursement Lifetime Plus doivent être accompagnées des détails de la restauration (à inclure ici) et de toute radiographie pertinente.

Numéro de référence de l'article	N° de lot / de série / de projet	Date de la pose	Date de l'événement / du retrait	Site FDI
1				
2				
3				

Échange avec le(s) même(s) article(s)? Oui Non; spécifier l'article (REF) N°(s) : 1 2 3

Le produit a-t-il été utilisé sur un patient? Oui Non

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

INFORMATIONS SUR LA CHIRURGIE LIÉE AUX IMPLANTS (obligatoire pour implants)

Méthode de placement : Manuellement Adaptateur de pièce à main

Si l'implant a été placé et retiré le même jour, un autre implant a-t-il été posé avec succès pendant la chirurgie?

Oui Non – Pourquoi? _____

Si vous avez eu des difficultés à insérer un implant avec une pièce de transfert prémontée, quand cela s'est-il produit (cochez une réponse)?

Retrait de l'implant de la fiole Insertion de l'implant dans l'os Retrait de l'appareil de l'implant

Au moment de la chirurgie, l'une des conditions suivantes était-elle présente (cochez tout ce qui s'applique)?

Maladie parodontale Infection locale Maladie de la muqueuse Complication dans la préparation du site

Qualité osseuse (type) :	I	II	III	IV	Une augmentation a-t-elle été réalisée pendant la chirurgie?	Oui	Non
Le site a-t-il été incisé?				Oui Non	Type d'augmentation	Sinus	Crête
Une fraise profilée au niveau de l'os a-t-elle été utilisée?				Oui Non	Matériel utilisé?	_____	
Une fraise profilée au niveau du tissu a-t-elle été utilisée?				Oui Non	Une membrane a-t-elle été utilisée?		
Une clé de maintien a-t-elle été utilisée?				Oui Non	Oui Non	résorbable	Non résorbable
La stabilité primaire a-t-elle été atteinte?				Oui Non	Matériel utilisé?	_____	
L'ostéointégration a-t-elle été réalisée?				Oui Non			
L'implant était-il recouvert d'os?				Oui Non			
L'implant a-t-il été immédiatement chargé?				Oui Non			

INFORMATIONS SUR L'ÉVÉNEMENT (requis pour les produits d'implants et de biomatériaux)

Évaluation de l'hygiène autour de l'implant : Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

L'un des problèmes suivants était-il impliqué dans l'événement (cocher tout ce qui s'applique)?

Traumatisme/accident	Cassure de l'implant	Qualité/quantité osseuse inadéquate
Surchauffe osseuse	Bruxisme	Augmentation osseuse précédente
Péri-implantite	Empiètement nerveux	Surcharge biomécanique
Perforation des sinus	Pression de la langue	Adjacent à la dent endodontique
Infection	Site d'extraction immédiat	Résorption osseuse

Au moment de l'événement ou de l'échec / du retrait de l'implant, y avait-il (cocher tout ce qui s'applique)?

Douleur	Sensibilité accrue	Engourdissement
Mobilité	Abcès	Inflammation
Saignement	Gonflement	Hypersensibilité
Fistule	Asymptomatique	Autre : _____

La prothèse a-t-elle été posée? **Oui Non** Pour les restaurations à unités multiples (c'est-à-dire, des ponts et des dentiers), combien d'implants ont été posés pendant la restauration : _____

Si l'implant n'est pas retiré, existe-t-il des preuves de ce qui suit (cocher tout ce qui s'applique)?

Perte osseuse; Étendue (mm) : _____ Déhiscence Fenestration Péri-implantite Autre : _____

Pourquoi pensez-vous que l'événement s'est produit :

INFORMATIONS SUR LA PROTHÈSE (requis pour le pilier, la restauration Straumann CARES® Digital Solutions, la fracture d'implant Roxolid et céramique Pure)

Type de prothèse Couronne Pont PPA (supérieur) / PPA (inférieur) Vernis Complète (supérieure) Complète (inférieure) Autre : _____

Date d'installation du pilier _____ Date d'installation de la restauration temporaire _____

Date du retrait du pilier _____ Date d'installation de la restauration finale _____

Dispositif de contrôle du couple utilisé Inconnu Non Oui --- Couple appliqué (Ncm) : _____

Le calendrier des rendez-vous de rappel a-t-il été respecté? Oui Non

INFORMATIONS SUR L'INSTRUMENT (requis pour les instruments chirurgicaux)

Veillez **bien nettoyer** les instruments et **à les réexaminer** avant de les retourner; la plupart des cas de mauvais fonctionnement sont attribuables à une contamination conservée.

Nombre approximatif d'utilisations (outils de coupe)? Première utilisation 2-5 6-10 10-15 Plus de 15

Type de méthode de nettoyage utilisée? Manuelle Ultrasonique Thermodésinfection Autre : _____

Type de méthode de stérilisation utilisée? Autoclave Chaleur sèche Chemiclave Autre : _____

Raison du retour? Rouille Autre : _____

À l'usage de Straumann
Produit retourné?
Produit perdu?
Produit stérile?

INFORMATIONS SUR LA SOUMISSION

Les produits doivent être retournés dans les 90 jours suivant la date de l'événement dans un **emballage protecteur** (enveloppe matelassée) en utilisant une méthode permettant la **suive** des envois :

- Le produit complet doit être retourné pour enquête (c'est-à-dire, l'emballage pour un problème d'étiquetage)
- Les produits contaminés par des fluides corporels, les articles en métal ou en céramique doivent être **stérilisés à l'autoclave et marqués stériles** par un indicateur d'autoclave ou une écriture manuscrite; les articles en plastique doivent être **stérilisés à froid**.
- Un seul implant de remplacement par jour par dent peut être remplacé dans le cadre de la Garantie Straumann.
- Les radiographies pertinentes (elles ne seront pas retournées, sauf demande spécifique, veuillez en envoyer des copies).

Faire parvenir à : Straumann Canada Ltd.
ATTN: Regulatory Affairs
1109 Clay Avenue, Unit 8
Burlington, ON L7L 0A1

Des questions?
Téléphone : 800/363 4024
Télécopieur : 978/747 0023
Courriel : reg_complaint@straumann.com

Dès réception, Straumann examinera vos commentaires, évaluera le produit retourné et déterminera si le produit répond aux conditions de remplacement dans le cadre de la Garantie Straumann. Lorsque toutes les informations nécessaires et le produit sont reçus, le produit de remplacement peut être fourni en temps opportun.

Usage interne de Straumann	
CSN - back office activity	
Regulatory Product Compliant	
PSO	Incomplete information
ASR	Standard/no report
Signature: RA Straumann	Date

SIGNATURE (obligatoire - peut être électronique)

En signant ci-dessous, je reconnais que je comprends les termes et les conditions de la Garantie Straumann et que les informations fournies sont véridiques et exactes.

Nom du clinicien (lettres moulées) : _____ Signature : _____ Date : _____

1. Bénéficiaire de la garantie et de la prestation

Cette garantie (la « Garantie Straumann » comme définie ci-dessous) de Straumann Canada Ltd., Burlington, ON (« Straumann ») s'applique aux produits énumérés ci-dessous et en faveur du médecin/dentiste traitant uniquement (l'« Utilisateur »). Les tiers, en particulier les patients ou les fournisseurs intermédiaires, ne peuvent tirer aucun droit de cette Garantie Straumann. La Garantie Straumann couvre le remplacement des produits du système d'implants dentaires Straumann (SDIS) et de certains produits limités Straumann CARES® (les « produits Straumann » tels que définis à la section 2. La Garantie Straumann couvre uniquement le remplacement des produits Straumann et non les coûts associés, y compris, mais sans s'y limiter, le temps passé sur la chaise, les frais de laboratoire et tout autre traitement associé.

2. Produits Straumann couverts par la garantie Straumann

	Implant	Pilier attaché à un implant	Dent – et implant – Restauration supportée*
 Garantie de 5 ans	–	Remplacement par un pilier en céramique équivalent y compris des barres et des ponts vissés en céramique. Piliers PUREloc® et Novaloc®	Remplacement par une restauration en céramique équivalente**
 Garantie de 10 ans	–	Remplacement par des barres et des ponts en métal vissés équivalents*	Remplacement par une restauration en métal équivalente et une restauration en résine nano céramique**
 Garantie à vie	Remplacement par un implant équivalent et un pilier équivalent, si finalisé.	Remplacement par un pilier métallique équivalent.	–
 Garantie à vie+	Remplacement par un implant équivalent et un pilier équivalent, si finalisé. En outre, pour le système d'implants en céramique PURE Straumann® et les implants Roxolid®, une compensation de traitement d'un montant de 1 500 \$ en cas de cassure de l'implant (signalée après le 1 ^{er} octobre 2018).***	–	–

* À l'exclusion des produits consommables et des produits de rétention tels que les ancrés à bille et LOCATOR®. (LOCATOR® est une marque de commerce de Zest Anchor LLC)

** Y compris les coiffes Straumann® CARES®, les couronnes et les ponts à contour complet. EXCLUANT tous les autres produits offerts par Straumann, en particulier Straumann® CARES®, les incrustations, les appositions, les facettes, les couronnes partielles et les produits de chirurgie guidée Straumann® CARES®.

*** Exclut les implants de petit diamètre placés dans la région molaire. Le pilier, le numéro de lot/de série du pilier ou le numéro de projet CARES doivent être fournis pour confirmer que seuls les produits d'origine Straumann ont été utilisés. Non applicable aux mini implants Straumann dans le cadre de la Garantie à vie Straumann.

4. Limites et restrictions

Cette garantie Straumann est la seule garantie fournie par Straumann et s'applique en plus des droits de garantie conférés par le contrat de vente. L'utilisateur reste libre de faire valoir ses droits à l'encontre de son fournisseur. STRAUMANN DÉCLINE PAR LA PRÉSENTE TOUTE AUTRE GARANTIE, EXPRESSE OU IMPLICITE, ET STRAUMANN EXCLUT PAR LA PRÉSENTE TOUTE RESPONSABILITÉ POUR LA PERTE DE REVENUS ET LES DOMMAGES DIRECTS OU INDIRECTS AINSI QUE LES DOMMAGES COLLATÉRAUX ET CONSÉCUTIFS, DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT LIÉS AUX PRODUITS, SERVICES OU INFORMATIONS DE STRAUMANN.

5. Territoire de garantie

Cette garantie Straumann s'applique dans le monde entier aux produits Straumann vendus par une société affiliée à Straumann ou par un distributeur officiel de Straumann.

6. Modification ou résiliation

Straumann peut modifier ou résilier cette garantie Straumann à tout moment, en tout ou en partie. Les modifications ou la résiliation de la garantie Straumann n'affecteront pas la garantie accordée pour les produits Straumann installés avant la date de la modification ou de la résiliation.

CONTACTS

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre responsable territorial local ou le service des affaires réglementaires de Straumann.

Straumann Canada Ltd.
ATTN: Regulatory Affairs
 1109 Clay Avenue, Unit 8
 Burlington, ON L7L 0A1

Courriel : reg_complaint@straumann.com
 Téléphone : 800/363 4024
 Télécopieur : 978/747 0023

À CONSERVER POUR VOS DOSSIERS

Numéro de dossier :	Numéro d'identification du patient :	Numéro de l'article :	Numéro de lot :	Date de l'événement :
---------------------	--------------------------------------	-----------------------	-----------------	-----------------------

Straumann Canada Ltd.
ATTN: Regulatory Affairs
1109 Clay Avenue, Unit 8
Burlington, ON L7L 0A1



Adresse du colis - Attacher avec du ruban adhésif sur le colis

Avez-vous pensé à...

- Vérifier les termes et les conditions
- Remplir le questionnaire de garantie Straumann de la façon la plus complète possible
- Inclure votre(vos) numéro(s) de compte Straumann sur le questionnaire
- Stériliser le produit et le marquer comme STÉRILE
- Joindre le produit au questionnaire ou inscrire le numéro d'identification du patient sur le contenant
- Faire signer et dater la page 2 par le clinicien
- Envoyer le produit et le questionnaire dans un emballage protecteur via une méthode permettant le suivi des envois
- Conserver la page 3 pour vos dossiers