

Questionnaire de garantie (remplissez le formulaire en ligne sous www.straumann.ch/fr/eshop)

1. INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du clinicien	<input type="text"/>	N° de compte client	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Signalé par	<input type="text"/>

2. INFORMATIONS SUR LES PRODUITS (veuillez mentionner tous les produits Straumann concernés)

Les demandes "Roxolid® Lifetime Plus" doivent être accompagnées de la restauration et de précisions sur la restauration..

N° d'article	N° de lot	Date de la pose (JJ/MM/AAAA)	Date du retrait (JJ/MM/AAAA)	Région
<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"/>

Produit de remplacement souhaité (n° d'article) : _____

3. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PATIENT (requis uniquement lors de réclamations liées aux implants)

N° ID patient* Âge F H

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète sucré | <input type="checkbox"/> Trouble psychologique | <input type="checkbox"/> Maladie endocrine non contrôlée |
| <input type="checkbox"/> Rayonnement dans les régions thorax-tête/cou | <input type="checkbox"/> Xérostomie | <input type="checkbox"/> Immuno-résistance compromise |
| <input type="checkbox"/> Maladie traitée par stéroïdes | <input type="checkbox"/> Trouble lymphatique | <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie à une période proche de la pose de l'implant | <input type="checkbox"/> Consommation abusive de drogues ou d'alcool | |

Allergies : _____ Autres maladies locales ou systémiques pouvant avoir une influence : _____

Le patient est-il fumeur? Oui Non Rien à signaler

4. INFORMATIONS SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE (requis uniquement lors de réclamations liées aux implants)

- Pose manuelle Adaptateur pour pièce à main

Si l'implant a été posé et retiré le même jour, est-ce que cet implant ou un autre a pu ensuite être posé avec succès au cours de l'intervention? Oui Non

SI VOUS AVEZ ÉPROUVÉ DES DIFFICULTÉS POUR INSÉRER LE DISPOSITIF/LA PIÈCE DE TRANSFERT PRÉ-MONTÉE, À QUEL MOMENT CELA S'EST-IL PRODUIT ?

- Insertion de l'implant dans l'os Extraction du dispositif hors de l'implant
- Extraction de l'implant hors de l'ampoule
- Autre : _____

LORS DE L'INTERVENTION, ÉLÉMENTS À SIGNALER

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie parodontale | <input type="checkbox"/> Atteinte de la muqueuse |
| <input type="checkbox"/> Infection locale/ostéite chronique subaiguë | <input type="checkbox"/> Complication lors de la préparation du site |
| Qualité d'os | <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/> Type III <input type="checkbox"/> Type IV |
| Le site a-t-il été tarudé? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> n.a. |
| Une fraise profilée Bone Level a-t-elle été utilisée? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> n.a. |
| Une fraise profilée Tissue Level a-t-elle été utilisée? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> n.a. |
| Une clé de maintien a-t-elle été utilisée? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> n.a. |
| La stabilité primaire a-t-elle été obtenue? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| L'ostéointégration de l'implant a-t-elle été obtenue? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| La surface de l'implant a-t-elle été complètement recouverte par l'os? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

L'AUGMENTATION A-T-ELLE ÉTÉ EFFECTUÉE LORS DE L'INTERVENTION ?

Non Sinus Crête Matériau utilisé : _____

UNE MEMBRANE RGT A-T-ELLE ÉTÉ UTILISÉE ?

Non Oui Résorbable Non résorbable Matériau utilisé : _____

