

# Questionnaire de garantie (remplissez le formulaire en ligne sous [www.straumann.ch/fr/eshop](http://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 ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insertion de l'implant dans l'os          | <input type="checkbox"/> Extraction du dispositif hors de l'implant |
| <input type="checkbox"/> 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 taraudé?  | <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 : \_\_\_\_\_

# Questionnaire de garantie (remplissez le formulaire en ligne sous [www.straumann.ch/fr/eshop](http://www.straumann.ch/fr/eshop))

## 5. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'INCIDENT (requis uniquement lors de réclamations liées aux implants)

Hygiène autour de l'implant  excellente  bonne  moyenne  mauvaise

### L'UN DES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS EST-IL LIÉ À L'INCIDENT ?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traumatisme/accident                                       | <input type="checkbox"/> Fracture de l'implant      | <input type="checkbox"/> Quantité/qualité osseuse inadéquate |
| <input type="checkbox"/> Surcharge biomécanique                                     | <input type="checkbox"/> Surchauffe de l'os         | <input type="checkbox"/> Antécédent d'augmentation osseuse   |
| <input type="checkbox"/> Site d'extraction immédiat                                 | <input type="checkbox"/> Infection péri-implantaire | <input type="checkbox"/> Compression du nerf                 |
| <input type="checkbox"/> Proximité d'une dent ayant subi un traitement endodontique | <input type="checkbox"/> Infection                  | <input type="checkbox"/> Perforation du sinus                |
| <input type="checkbox"/> Langue (pression)  | <input type="checkbox"/> Bruxisme                   | <input type="checkbox"/> Résorption osseuse                  |

Autre : \_\_\_\_\_

### AU MOMENT DE L'ÉCHEC DE L'IMPLANT, IL Y A EU :

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur          | <input type="checkbox"/> Saignement         | <input type="checkbox"/> Gonflement           | <input type="checkbox"/> Engourdissement |
| <input type="checkbox"/> Mobilité         | <input type="checkbox"/> Fistule            | <input type="checkbox"/> Absence de symptômes | <input type="checkbox"/> Inflammation    |
| <input type="checkbox"/> Hypersensibilité | <input type="checkbox"/> Sensibilité accrue | <input type="checkbox"/> Abcès                | Autre : _____                            |

La prothèse a-t-elle été posée?  Non  Oui Si oui, merci de compléter la rubrique 6.

Si l'implant n'est pas retiré, existe-t-il les indications suivantes: (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)

Etendue (mm) : Perte osseuse \_\_\_\_\_ Déhiscence \_\_\_\_\_ Péri-implantite \_\_\_\_\_ Fenestration \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

**Veillez expliquer pourquoi vous pensez que l'implant a échoué/a été extrait :**

---



---

## 6. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA PROTHÈSE (requis uniquement lors de réclamations liées aux restaurations et parties secondaires)

- N° de projet digitale : \_\_\_\_\_
- Type de restauration ?  Couronne  Bridge  Prothèse amovible partielle (supérieure)  Prothèse amovible partielle (inférieure)  Prothèse intégrale (supérieure)  Prothèse intégrale (inférieure) Autre : \_\_\_\_\_
- Date de pose de la partie secondaire       Date de retrait de la partie secondaire (J/M/A)
- Un appareil de contrôle du couple a-t-il été utilisé?  Oui  Non  Ne sait pas Couple appliqué   Ncm
- Date de pose de la restauration provisoire       Date de pose de la restauration définitive
- Le planning des visites de suivi a-t-il été respecté?  Oui  Non

**Description de l'incident :**

---



---

## 7. INSTRUMENTS (requis uniquement lors de réclamations liées aux instruments)

- Nombre approximatif d'utilisations (instruments coupants uniquement)  Première utilisation  2-5  6-10  11-15  plus de 15
- Méthode de nettoyage  Manuel  Par ultrasons  Thermodésinfection Autre : \_\_\_\_\_
- Méthode de stérilisation  Autoclave  Chaleur sèche  Chemiclave

**Brève description de l'incident :**

---



---

Veillez renvoyer le questionnaire et le produit autoclavé et joindre les radiographies (le cas échéant). **La réclamation est à transmettre dans un délai de 90 jours après l'implantation. Veuillez utiliser une enveloppe à bulles pour le retour des articles. Dans le cas contraire, les articles risquent d'être endommagés ou perdus lors de l'expédition, ce qui annulerait le programme de garantie.** Veuillez traiter tous les produits par autoclave et les marquer comme stérile. Conformément aux Termes et Conditions de Garantie de Straumann, veuillez prendre en compte notre demande de remplacement des produits mentionnés ci-dessus.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

- CSN  PSO  ASR  RPC  Info incomplète  Std/No