

# Questionario di garanzia (Compilare il questionario online sul sito [www.straumann.ch/it/eshop](http://www.straumann.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 Straumann interessati)

Le richieste di risarcimento previste dalla "Roxolid® Lifetime Plus" devono essere accompagnate dalla ricostruzione e dai relativi dettagli (da allegare al presente modulo).

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\*  Età  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"/> Immunosoppressione 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?  Sì  No  Dati non significativi

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

Inserimento manuale  Adattatore contrangolo

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

### IN CASO DI DIFFICOLTÀ D'INSERIMENTO DEL DISPOSITIVO/PARTE DI TRANSFER PRE-MONTATA, TALE DIFFICOLTÀ È 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 |
- 
- |  |                                 |                                  |                                   |                                  |
|--|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Qualità dell'osso  | <input type="checkbox"/> Tipo I | <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Tipo III | <input type="checkbox"/> Tipo IV |
| Il sito è stato maschiato?   | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      | <input type="checkbox"/> n.a      |                                  |
| Fresa Bone Level Profile utilizzata?                                 | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      | <input type="checkbox"/> n.a      |                                  |
| Fresa Tissue Level Profile utilizzata?                               | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      | <input type="checkbox"/> n.a      |                                  |
| È stata utilizzata la chiavetta di ritegno?                          | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      | <input type="checkbox"/> n.a      |                                  |
| È stata raggiunta la stabilità primaria?                             | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      |                                   |                                  |
| L'impianto ha raggiunto l'osteointegrazione?                         | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      |                                   |                                  |
| La superficie dell'impianto è stata completamente coperta dall'osso? | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      |                                   |                                  |

### È STATO EFFETTUATO UN AUMENTO OSSEO AL MOMENTO DELL'INTERVENTO?

No  Seno mascellare  Cresta Materiale utilizzato: \_\_\_\_\_

### È STATA USATA UNA MEMBRANA RGT?

No  Sì  Riassorbibile  Non riassorbibile Materiale utilizzato: \_\_\_\_\_

# Questionario di garanzia (Compilare il questionario online sul sito [www.straumann.ch/it/eshop](http://www.straumann.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 RISCONTRATO (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"/> Ipsensibilità | <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:  Uso iniziale  2-5  6-10  11-15  più di 15  
(solo strumenti da taglio)

Metodo di pulizia usato  Manuale  Ultrasuoni  Termodisinfestazione 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