

Este formulario debe ser rellenado con el máximo de información y detalle sobre su paciente, conteniendo la firma y sello del cliente. La no cumplimentación del formulario acarreará la devolución del producto, quedando los costes de transporte a cargo del cliente.

Es necesario rellenar un formulario por producto/caso clínico a analizar.

La información marcada (*) es obligatoria, cuando sea aplicable al caso clínico.

INFORMACIÓN SOBRE EL ODONTÓLOGO / PROTÉSICO

* Nombre del Profesional: _____
 Domicilio: _____
 Nº: _____
 CP: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____
 País: _____ Teléfono: _____
 E-mail: _____

INFORMACIONES DE LOS PRODUCTOS ENVOLVIDOS EN EL CASO CLÍNICO

* Código del producto	Nombre del producto	* Lote nº		Cantidad
		No	Sí, cuál?	
		No	Sí, cuál?	
		No	Sí, cuál?	

El artículo puede haber sido comprado en su nombre o en nombre de otra persona o entidad?

Observaciones:

¿Quieres recibir el informe de análisis de la reclamación? Sí _____ No _____
 ¿Quieres recibir la reposición por lo mismo ítem? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

*** DATOS DE LA OCURRENCIA**

*** SELECCIONA EL PROBLEMA**

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Falla en la osseointegración | <input type="checkbox"/> Trabamieto | <input type="checkbox"/> Producto inutilizable | <input type="checkbox"/> Remoción del implante |
| <input type="checkbox"/> Producto no conforme | <input type="checkbox"/> Deformación | <input type="checkbox"/> Deglución/Aspiración | <input type="checkbox"/> Muerte/Falsificación |
| <input type="checkbox"/> Sin estabilidad primaria | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Manipulación | <input type="checkbox"/> Alergia |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

INFORMACIONES DEL PACIENTE

Nombre o Código de Identificación: _____
 Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Peso: _____
 Data de Nacimiento: _____
 Obs.: llenar cuando lo permita la legislación del país.

Marca con un X la región en que el implante fue instalado:

* Fecha de colocación del implante: _____ (dd/mm/aaaa)
 * Fecha de remoción del implante: _____ (dd/mm/aaaa) Componente _____ (dd/mm/aaaa)
 * ¿La remoción fue consecuencia de problema con el componente o instrumental? Sí _____ No _____
 * ¿Em caso de remoción del implante, fue sustituido en el mismo ato quirúrgico? Sí _____ No _____
 ¿Cuál torque aplicado? Manual _____ Carraca _____ N.cm
 ¿Cuál la calidad del hueso? Hueso tipo I _____ II _____ III _____ IV _____
 ¿Fue realizado implante inmediato? No _____ Sí _____ Sí sí, había lesión? Sí _____ No _____

¿Cuál la secuencia de fresas utilizadas? Marque con un X:

Broca Lanza	Fresa Helicoidal 2.0	Fresa Helicoidal 2.8	Fresa Helicoidal 3.0	Fresa Helicoidal 3.15	Fresa Helicoidal 3.3	Fresa Helicoidal 3.8	Fresa Helicoidal 4.3	Fresa Helicoidal 5.3
Fresa Alvim 2.0	Fresa Alvim 3.5	Fresa Alvim 4.3	Fresa Alvim 5.0					
Fresa Piloto 2/3	Fresa Piloto 2.8/3.5	Fresa Piloto 3/3.75	Fresa Piloto 3.3/4	Fresa Piloto 3.6/4.3	Fresa Piloto 4.3/ 5	Fresa Piloto 3.8/ 4.3	Fresa Piloto 4.3/ 5.3	Fresa Piloto 5.3/ 6
Fresa Countersink 3.3	Fresa Countersink 3.5	Fresa Countersink 4.1	Fresa Countersink 4.3	Fresa Countersink 4.5/5.0				
Fresa Facility 2.0	Fresa Facility 10	Fresa Facility 12	Fresa Facility 14	Macho Facility				
¿Otras?								

¿Hubo algún tipo de dehiscencia? No Sí
 ¿Fue realizado injerto óseo en la zona afectada? No Sí ¿Cuál material? _____
 Si sí, ¿cuál material se utilizó (Bloque/Particulado)? _____
 * Datos del componente instalado: Múltiplo Unitario Angulate Reto
 * ¿Cuándo fue instalado? Inmediato Tardío Fecha: _____ (dd/mm/aaaa) Todavía no

FACTORES QUE PUEDEN HABER INFLUIDO EL PROBLEMA ENCONTRADO

<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Calidad ósea insuficiente	<input type="checkbox"/> Sobrecarga biomecánica
<input type="checkbox"/> Higiene oral deficiente	<input type="checkbox"/> Cantidad ósea insuficiente	<input type="checkbox"/> Deficiencia inmunológica
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Perforación de la membrana del seno	<input type="checkbox"/> Alergia/hipersensibilidad
<input type="checkbox"/> Trauma oclusal	<input type="checkbox"/> Radioterapia (cabeza/cuello)	<input type="checkbox"/> No utiliza placa miorrelajante
<input type="checkbox"/> Trauma quirúrgico	<input type="checkbox"/> Recalentamiento óseo	<input type="checkbox"/> Periimplantitis
<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Carga inmediata	<input type="checkbox"/> Xerostomía
<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Bruxismo	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol
<input type="checkbox"/> ¿Medicamentos?	_____	
<input type="checkbox"/> ¿Otras enfermedades?	_____	
<input type="checkbox"/> ¿Otros?	_____	

LA PÉRDIDA DEL IMPLANTE FUE ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES EVENTOS

Dolores Fístula No hubo ningún síntoma
 Hemorragia Hinchazón No hubo visitas de control
 Otros: _____

EM CASO DE PRODUCTO REUTILIZADO

¿Cuál el producto utilizado para limpieza?
 Detergente enzimático Clorexidina 2% Glutaraldeido Salina
 Alcohol 70% Agua oxigenada Otros: _____

¿Medio utilizado?

Manual Ultrasonido

¿Qué material es utilizado en la antisepsia?

Cepillos de nylon Esponja multiuso Cepillo de acero Esponja de acero

¿Tuvo alguna dificultad en relación al uso del producto?

TÉRMINO DEL COMPROMISO

Declaro que la información anterior es verdadera y coherente con el informe de atendimento.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre de la persona responsable de la información: _____

DECLARACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

Yo, _____, declaro que los ítems enviados arriba descritos fueron debidamente esterilizados dentro de los estándares ideales, antes del envío para la elaboración del laudo técnico.

Método de esterilización: Vapor húmedo (Autoclavado)

Número del lote del indicador biológico (Bacillus stearothermophilus) _____

Resultado del indicador biológico: SATISFACTORIO (Ausencia de crecimiento indicador biológico)
 INSATISFACTORIO (Presencia de crecimiento indicador biológico)

Fecha de esterilización: _____

Modelo del Equipamiento de Esterilización: _____ Número de Serie: _____

Fabricante: _____ Capacidad (litros): _____

Responsable por la esterilización: _____

Firma: _____

Se recomienda que la esterilización sea realizada con la temperatura de 121°C, a 1atm de presión y que el tiempo de ciclo sea de 30 minutos.

¡ATENCIÓN! Como proceder para el envío de muestras para análisis

1. Para solicitar el estudio técnico, los productos deben ser enviados a una de las direcciones abajo:

Productos adquiridos en un Distribuidor/Subsidiaria Autorizado Neodent: devolver directamente al Distribuidor/Subsidiaria Autorizado donde realizó la compra.

2. Para análisis del producto es necesario que el material sea enviado a Neodent/Distribuidor Autorizado/Subsidiaria debidamente condicionado en bolsas de esterilización autoadhesivas, con confirmación de esterilización por medio de cintas específicas para autoclave;

3. Todos los productos deben ser enviados a Neodent/Distribuidor Autorizado/Subsidiaria completamente higienizados y esterilizados y con los respectivos documentos:

- a) Copia de la factura de compra del producto;
- b) Formulario de garantía completado con, constando todos los datos solicitados;
- c) Copia de la ficha clínica del paciente;;
- d) Radiografías periapicales o panorámicas, siendo asegurada la devolución al profesional después de análisis realizado por Neodent.

Note: Para los países que la legislación no permite la información del paciente, no se aplican estos datos.

4. **Productos que no estén limpios, esterilizados y con la respectiva declaración de esterilización llena no serán recibidos y aceptados para análisis, siendo descartados apenas lleguen a las instalaciones.**

5. El dentista toma la responsabilidad por los costos profesional dentista assume a inteira responsabilidade pelos custos de eventual contratación de otras empresas para la esterilización de productos enviados sin estar esterilizados.

6. La sustitución por otro elemento puede mantenerse si el artículo solicitado es el mismo valor o menor que el elemento reivindicado.

7. La información proporcionada para el análisis se trata como confidencial y no se divulga.

Em caso de dudas, contacte el Distribuidor Autorizado Neodent.