

**Protocollo di garanzia degli impianti dentali**

Tutti gli impianti dentali Biotech Dental devono essere manipolati e impiantati osservando i protocolli chirurgici raccomandati da Biotech Dental e conformemente alle indicazioni e alle controindicazioni citate nelle istruzioni per l'uso.

Il protocollo di garanzia, qui allegato, vale unicamente per impianti dentali Biotech Dental, impiantati conformemente alle informazioni elencate qui sopra. Il dossier sarà preso in considerazione unicamente se il medico soddisfa le seguenti condizioni:

- Spedizione dell'impianto, oltre che di tutti gli elementi in esame (fasi protesiche, ecc.), **perfettamente puliti, sterilizzati e confezionati in busta sterile;**
- Invio delle copie delle radiografie pre-operatorie e post-operatorie, oltre all'esame radiologico che evidenzia il fallimento implantare;
- **Restituzione del questionario, qui di seguito, completato entro il mese che segue al fallimento.**

Tale questionario ci permetterà di analizzare il caso, allo scopo di migliorare i nostri prodotti. Vi preghiamo di voler rispondere a tutte queste domande e di spedire il tutto al seguente indirizzo:

BIOTECH DENTAL
Service Qualité
305 Allées de Craponne
13300 SALON DE PROVENCE
qualite@biotech-dental.com
Tel: +33 (0)4 90 44 60 60
Fax: +33(0)4 90 44 60 61



Protocollo di garanzia degli impianti dentali

L'utilizzo di componenti estranei ai sistemi Biotech Dental sarà motivo di rifiuto verso qualsiasi ricorso presentato nei confronti di Biotech Dental inerente alla garanzia o alla richiesta di sostituzione di un prodotto.

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CLIENTE

Nome del medico: _____ N° cliente: _____

Nome del distributore (Export): _____
 Nome del medico (Export): _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Paese: _____ Segnalato da: _____
 E-mail: _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPIANTO

Riferimento _____ N° di lotto _____ Data di posa ____/____/____ (GG/MM/AAAA) _____ Data del ritiro ____/____/____ (GG/MM/AAAA) _____ Sito dell'impianto _____

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Frattura dell'impianto Perdita di sensibilità Fistola
 Infezione peri-implantare Edema Altro: _____
 Dolore Sanguinamento
 Mobilità

La protesi è stata inserita? Sì No

Se necessario, completare il paragrafo relativo alle informazioni che riguardano la protesi.

Secondo Lei, uno di questi elementi potrebbe essere legato alla perdita dell'impianto?

- Trauma/Incidente
- Quantità/qualità della gengiva inadeguata
- Prossimità di un dente precedentemente sottoposto a trattamento endodontico
- Perforazione dei seni
- Difficoltà chirurgica
- Paziente immunodepresso
- Compressione del nervo
- Quantità/Qualità ossea inadeguata
- Sovraccarico biomeccanico
- Infezione
- Estrazione/Impianto immediati
- Problema di coagulazione
- Surriscaldamento dell'osso
- Altro : _____

INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE

ID paziente: _____ Età: _____ Femmina Maschio

Qualità ossea Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV

Esame clinico del sito di impianto:
 Agenesia dentaria Post-estrattivo Data: ____/____/____
 Edentazione non recente Data: ____/____/____ Edentazione recente Data: ____/____/____

Anamnesi medica:

- Niente da segnalare
- Diabete mellito
- Irraggiamento nelle regioni della testa/del collo
- Malattia trattata con steroidi
- Osteoporosi
- Chemioterapia nel periodo vicino alla posa dell'impianto
- Abuso di alcool o di droghe
- Altre malattie locali o sistemiche che potrebbero influire: _____
- Malattia endocrina non controllata
- Xerostomia
- Disturbi linfatici
- Malattie fibro-ossee
- Allergie: _____
- Disturbo del metabolismo osseo

**Protocollo di garanzia degli impianti dentali****Situazione pre/peri-operatoria:**

- Malattia parodontale Bruxismo Abitudini parafunzionali
 Infezione locale Complicanza al momento della preparazione del sito Problemi occlusivi

Il paziente è fumatore? Sì No

Se Sì, quante sigarette fuma al giorno: meno di 10 più di 10

Igiene intorno all'impianto Ottima Buona Media Scarsa

INFORMAZIONI CHIRURGICHE

Perché sia esaminato il protocollo di garanzia, La preghiamo di rispettare la totalità dei componenti utilizzati al momento dell'impianto (impianto, viti, fase protesica, strumento/i collegato/i al fallimento)

Numero approssimativo di punte utilizzate: 1-10 10-20 +20

Il sito è stato filettato/alesato? Sì No

Posa dell'impianto: Manuale Chiave a cricchetto Contrangolo

Coppia di posa dell'impianto: _____ N° cm

La stabilità primaria è stata ottenuta? Sì No

Tempo chirurgico: 1 tempo chirurgico 2 tempi chirurgici Approntamento estetico/Messa in carica immediata

Prima dell'impianto è stato realizzato un innesto osseo sul sito?

No Sì: Dato dell'innesto: (GG/MM/AAAA) __/__/____

Al momento dell'intervento è stato effettuato un intervento di aumento osseo?

No Seni Cresta Materiale utilizzato: _____

È stata utilizzata una membrana RTG (Rigenerazione Tissutale Guidata)?

No Sì Riassorbibile Non-riassorbibile
 Materiale utilizzato: _____

È stato realizzato un innesto di tessuto molle sul sito prima dell'impianto?

No Sì: Dato dell'innesto: (GG/MM/AAAA) __/__/____

INFORMAZIONI SULLA PROTESI (compilare questa sezione una volta inserita la protesi)**Tipi di protesi**

Corona Ponte Protesi parziale Protesi completa
 Protesi telescopica Protesi cementata Protesi avvitate

Riferimento Biotech: _____ Numero di lotto: _____

Posa della vite o del pilastro Chiave a cricchetto Contrangolo Posa manuale

Coppia di posa _____ N° cm

Data di posa della protesi provvisoria (GG/MM/AAAA): __/__/____

Data di posa della protesi definitiva (GG/MM/AAAA): __/__/____

Commenti:

Il prodotto restituito deve essere assolutamente **autoclavato, imballato ed etichettato** come **sterile**.
 Per la spedizione utilizzare una modalità di protezione adeguata (busta a bolle, ecc.). **Qualsiasi danno o perdita del prodotto sarà motivo di annullamento del programma di garanzia.**

Firma del medico:

Data:

Data della messa in applicazione: 26/04/2019