

**Protocolo de garantia dos implantes dentários**

Todos os implantes dentários Biotech Dental devem ser manipulados e implantados segundo protocolos cirúrgicos recomendados pela Biotech Dental e em conformidade com as indicações e contraindicações mencionadas no folheto de instruções.

O protocolo de garantia anexo é aplicável apenas aos implantes dentários Biotech Dental e que tenham sido implantados em conformidade com as informações indicadas acima. O processo só será avaliado se o profissional responder às condições seguintes:

- Reenvio do implante, assim como todos os elementos incriminados (Fases protéticas, etc.), **em estado limpo, esterilizado e embalado em bolsa estéril**;
- Envio das cópias de radiografias pré e pós-operatórias, assim como a radiografia que comprova o insucesso do implante;
- **Devolução do questionário anexo preenchido no prazo de um mês após o insucesso.**

Este questionário irá permitir-nos analisar o caso, com o objetivo de melhorar os nossos produtos. Agradecemos que responda a todas estas perguntas e que envie o conjunto para o seguinte endereço:

**BIOTECH DENTAL**  
**Serviço de Qualidade**  
**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**



## Protocolo de garantia dos implantes dentários

**A utilização de componentes estranhos ao sistema Biotech Dental dará origem à recusa de qualquer recurso formulado junto da Biotech Dental relativamente à garantia ou que vise uma substituição do produto.**

### INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CLIENTE

Nome do médico: \_\_\_\_\_ Nº de cliente: \_\_\_\_\_  
 Nome do distribuidor (Export): \_\_\_\_\_  
 Nome do profissional (Export): \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_ Assinalado por: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES RELATIVAS AO IMPLANTE

Referência \_\_\_\_\_ Nº de lote \_\_\_\_\_ Data da colocação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) Data da retirada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) Local do implante \_\_\_\_\_

### DESCRIÇÃO DO INCIDENTE

Fratura do implante  Perda de sensibilidade  Fístula  
 Infecção peri-implantar  Edema  Outras: \_\_\_\_\_  
 Dor  Sangramento  
 Mobilidade

A prótese foi inserida?  Sim  Não

Se for o caso, queira preencher o parágrafo relativo às informações sobre a prótese.

### Algum destes critérios estaria, na sua opinião, associado à perda do implante?

Traumatismo/Acidente  Quantidade/Qualidade óssea inadequada  
 Quantidade/qualidade da gengiva inadequada  Sobrecarga biomecânica  
 Proximidade de um dente submetido a um tratamento endodôntico  Infecção  
 Perfuração dos seios  
 Extração/Implantação imediata  Dificuldade cirúrgica  
 Problema de coagulação  Doente imunodeprimido  
 Sobreaquecimento do osso  Compressão do nervo  Outras: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O DOENTE

ID do doente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  Feminino  Masculino  
 Qualidade óssea  Tipo I  Tipo II  Tipo III  Tipo IV  
 Exame clínico do local de implantação:  
 Agenesia dentária  Pós-extração Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  Edentição antiga Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  Edentição recente Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Antecedentes médicos:**  Nada a assinalar

Diabetes mellitus  Doença endócrina não controlada  
 Radiação nas regiões da cabeça/pescoço  Xerostomia  
 Doença tratada por esteroides  Distúrbios linfáticos  
 Osteoporose  Doenças fibro-óssea  
 Quimioterapia no período próximo da colocação do implante  Alergias: \_\_\_\_\_  
 Consumo abusivo de drogas ou álcool  Perturbação no metabolismo ósseo  
 Outras doenças locais ou sistémicas que podem ter uma influência: \_\_\_\_\_

### Situação pré/peri-operatória:

Doença periodontal  Bruxismo  Hábitos para funcionais  
 Infecção local  Complicação durante a preparação do local  Problemas de oclusão

Data da aplicação: 26/04/2019

**Protocolo de garantia dos implantes dentários**

O paciente é fumador?  Sim  Não  
Se sim, quantos cigarros/dia:  menos de 10  mais de 10

Higiene à volta do implante  Excelente  Boa  Média  Má

**INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS**

**Para que o protocolo de garantia seja estudado, agradecemos que devolva o conjunto dos componentes utilizados na implantação (implante, parafuso, fase próstética, instrumento(s) envolvidos no insucesso)**

Número aproximado de utilização das brocas:  1 a 10  10 a 20  +20

Foi formada uma rosca no local?/Foi perfurado?  Sim  Não  
Colocação do implante:  Manual  Chave de catraca  Contra-ângulo  
Torque de colocação do implante: \_\_\_\_\_ N° Cm

A estabilidade primária foi obtida?  Sim  Não

Duração da cirurgia: 1 tempo cirúrgico  2 tempos cirúrgicos  Colocação em estética/Carga imediata

Foi realizado um enxerto ósseo no local antes da implantação?  
 Não  Sim: Data do enxerto: (DD/MM/AAAA) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Foi efetuado um aumento ósseo aquando da intervenção?  
 Não  Seio  Crista  Material utilizado: \_\_\_\_\_

Foi utilizada uma membrana de RTG?  
 Não  Sim  Reabsorvível  Não-reabsorvível  
 Material utilizado: \_\_\_\_\_

Foi realizado um enxerto de tecidos moles no local antes do implante?  
 Não  Sim: Data do enxerto: (DD/MM/AAAA) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE A PRÓTESE (Preencher esta secção quando a prótese for colocada)**

**Tipos de prótese**  
 Coroa  Ponte  Prótese parcial  Prótese completa  
 Prótese telescópica  Prótese selada  Prótese aparafusada

Referência Biotech: \_\_\_\_\_ Número de lote: \_\_\_\_\_

**Colocação do parafuso ou do pilar**  Chave de catraca  Contra-ângulo  Colocação manual  
**Torque de colocação** \_\_\_\_\_ N° Cm

Data de colocação da prótese provisória (DD/MM/AAAA): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data de colocação da prótese definitiva (DD/MM/AAAA): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Comentários:**

O produto devolvido deve ser obrigatoriamente **esterilizado em autoclave, embalado e marcado** como **estéril**. Utilizar um modo de proteção adequado durante o envio (envelope de bolha, etc.). **Qualquer dano ou extravio do produto resultará na anulação do programa de garantia.**

**Assinatura do profissional:**

**Data:**