

Formulaire de garantie

Informations praticien

Nom du praticien : _____ N° de client : _____
 Adresse : _____ Téléphone : _____
 Pays : _____
 Rempli par : _____

Informations produit (merci de mentionner tous les produits Meisinger Implant concernés)

Référence	N° de lot	Date de placement (JJ/MM/AAAA)	Date d'enlèvement (JJ/MM/AAAA)	Position

Informations patient (requis uniquement en cas de retour implant)

Code patient : * _____ Âge _____ F M
* Pour des raisons de confidentialité, NE PAS renseigner le nom du patient

Antécédents médicaux

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 | <input type="checkbox"/> Troubles psychiques | <input type="checkbox"/> Troubles endocriniens non-traités |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie dans région tête/cou | <input type="checkbox"/> Xérostomie | <input type="checkbox"/> Troubles de la résistance immunitaire |
| <input type="checkbox"/> Traitement corticostéroïde | <input type="checkbox"/> Troubles lymphatiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation sanguine |
| <input type="checkbox"/> Chimio thérapie durant le traitement implantaire | <input type="checkbox"/> Abus d'alcool ou utilisation de stupéfiants | <input type="checkbox"/> Troubles immunologiques |

Allergies _____

Autres troubles significatifs _____

Fumeur Oui _____ cigarettes/ jour Non Aucune observation significative

Echec implant - Informations chirurgicales (requis uniquement en cas de retour implant)

- Pose manuelle Pose avec Contre-angle

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 rencontré des difficultés lors de l'insertion du dispositif/de la pièce de transfert prémontée, quand cela s'est-il produit ?

- Insertion de l'implant Retrait du dispositif de l'implant Prise en main de l'implant Autre _____

Un des troubles suivants a-t-il été constaté lors de l'intervention ?

- Trouble périodontal Trouble mucosal Infection localisée / Ostéite chronique subaiguë Complications lors de la préparation du site

Qualité de l'os Type D1 Type D2 Type D3 Type D4

Le site a-t-il été tarauté ? Oui Non Non applicable

Une fraise profilée a-t-elle été utilisée? Oui Non Non applicable

Une clé de maintien a-t-elle été utilisée? Oui Non Non applicable

La stabilité primaire a-t-elle été obtenue? Oui Non

L'ostéointégration de l'implant a-t-elle été obtenue? Oui Non

La surface de l'implant a-t-elle été complètement recouverte par l'os ? Oui Non

Augmentation osseuse au cours de l'intervention ?

- Non Sinus Crête Matériau utilisé _____

Utilisation de membrane RTG ?

- Non Oui Résorbable Non-résorbable

Matériau utilisé _____

Formulaire de garantie

Informations générales (requis uniquement en cas de retour implant)

Situation parodontale autour de l'implant Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

Lors de l'apparition du problème, avez-vous rencontré un des faits suivants ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accident ou traumatisme | <input type="checkbox"/> Fracture de l'implant | <input type="checkbox"/> Qualité osseuse insuffisante |
| <input type="checkbox"/> Surcharge biomécanique | <input type="checkbox"/> Surchauffe de l'os | <input type="checkbox"/> Greffe préalable |
| <input type="checkbox"/> Implantation immédiate | <input type="checkbox"/> Péri-implantite | <input type="checkbox"/> Compression d'un nerf |
| <input type="checkbox"/> Traitement endodontique sur une dent adjacente | <input type="checkbox"/> Infection | <input type="checkbox"/> Perforation de sinus |
| <input type="checkbox"/> Langue (Pression) | <input type="checkbox"/> Bruxisme | <input type="checkbox"/> Résorption osseuse |

Un des faits suivants est-il apparu lors de la perte d'implant ? (cocher les cases concernées)

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Saignements | <input type="checkbox"/> Gonflement | <input type="checkbox"/> Engourdissement |
| <input type="checkbox"/> Instabilité | <input type="checkbox"/> Fistule | <input type="checkbox"/> Asymptomatique | <input type="checkbox"/> Inflammation |
| <input type="checkbox"/> Hypersensibilité | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Abscès | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
- La prothèse a-t-elle été posée ? Non Si oui, merci de renseigner la partie prothèse _____

Si l'implant n'est pas retiré : Y a-t-il des indications des éléments suivants ? (cocher la case concernée)

Expansion (mm) _____ Perte osseuse _____ Déhiscence _____ Peri-implantite _____ Fenestration _____ Autre _____

Veuillez expliquer pourquoi vous pensez que la pose d'implant a échoué / que l'implant a été retiré

Informations sur la partie prothétique (requis uniquement en cas de retour de piliers et parties secondaires)

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Modèle | <input type="checkbox"/> Insertion | <input type="checkbox"/> Utilisé | | |
| Type de restauration | <input type="checkbox"/> Couronne | <input type="checkbox"/> Bridge | <input type="checkbox"/> Partielle (maxillaire) | <input type="checkbox"/> Partielle (mandibulaire) |
| | <input type="checkbox"/> Complète (maxillaire) | <input type="checkbox"/> Complète (mandibulaire) | <input type="checkbox"/> Prothèse télescopique | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| Pose du pilier (date) | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | |
| Utilisation d'un adaptateur de couple/torque ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas | Torque appliqué <input type="text" value=""/> Ncm |
| Restauration temporaire (date) | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | |
| Le patient a-t-il suivi les instructions de rappel ? | Commentez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Restauration finale (date) | <input type="text" value=""/> |

Instruments (requis uniquement en cas de retour d'instruments)

- | | | | | | |
|---|---|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre approximatif d'utilisations (Uniquement pour les instruments coupants) | <input type="checkbox"/> Première utilisation | <input type="checkbox"/> 2 - 5 | <input type="checkbox"/> 6 - 10 | <input type="checkbox"/> 11 - 15 | <input type="checkbox"/> plus de 15 |
| Méthode de nettoyage | <input type="checkbox"/> Manuel | <input type="checkbox"/> Ultrasons | <input type="checkbox"/> Thermo-désinfecteur | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |
| Type de stérilisation | <input type="checkbox"/> Autoclave | <input type="checkbox"/> Nettoyage à sec | <input type="checkbox"/> Autoclave chimique | | |

Description rapide du problème

Merci de retourner ce questionnaire, les produits stérilisés et d'inclure les radiographies (le cas échéant).

Merci d'utiliser une pochette remboursée pour retourner les articles - le non-respect de cette recommandation peut entraîner la perte d'articles pendant l'expédition dans le cadre de ce programme de garantie.

Tous les produits renvoyés doivent être passés à l'autoclave et identifiés "steriles".

Selon les Conditions Générales de Garantie DRS, merci d'envisager le remplacement des produits énumérés ci-dessus.

Produits demandés en remplacement :

- Produits énumérés ci-dessous Autre : _____

Signature _____ Date _____