

Formulario de la garantía

1. DATOS DEL CLIENTE

Nombre del facultativo	<input type="text"/>	N.º de cliente	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Notificado por	<input type="text"/>

2. DATOS DEL PRODUCTO (Enumere todos los productos Straumann implicados)

Las quejas de «Roxolid® Lifetime Plus» deben ir acompañadas de la restauración y de los datos de la restauración (incluir aquí).

Referencia del artículo	N.º de lote	Fecha de colocación (D/M/A)	Fecha de retirada (D/M/A)	Ubicación del implante
<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"/>

3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE (Solo necesario para quejas de implantes)

ID del paciente Edad Femenino Masculino

Historia clínica:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Trastorno psicológico | <input type="checkbox"/> Endocrinopatía no controlada |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia en cabeza/cuello | <input type="checkbox"/> Xerostomía | <input type="checkbox"/> Paciente inmunocomprometido |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tratada con corticoides | <input type="checkbox"/> Linfopatía | <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia en fechas próximas a la colocación del implante | | <input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción |

Alergias: _____

Otras enfermedades locales o sistémicas que puedan ser significativas _____

¿Es el paciente fumador? Sí No Sin hallazgos de interés

4. INFORMACIÓN QUIRÚRGICA (Solo necesario para quejas de implantes)

Colocación manual Colocación mecánica

En caso de que un implante se colocara y retirara el mismo día,

¿se colocó con éxito otro implante en el mismo emplazamiento durante la cirugía? Sí No

En caso de dificultad al insertar el dispositivo/pieza de transferencia premontada, ésta se produjo:

- | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Al insertar el implante en el hueso | <input type="checkbox"/> Al retirar el instrumento de inserción del implante |
| <input type="checkbox"/> Al sacar el implante de la ampolla | Otros: _____ |

En el momento de la cirugía, ¿se dio alguna de las siguientes circunstancias?:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal | <input type="checkbox"/> Patologías de la membrana mucosa |
| <input type="checkbox"/> Infección local/osteitis crónica subaguda | <input type="checkbox"/> Complicación en la preparación del emplazamiento |
| Calidad del hueso <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Tipo III <input type="checkbox"/> Tipo IV | |
| ¿Se realizó rosca? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable | |
| ¿Se ha utilizado la fresa de perfil a nivel de hueso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable | |
| ¿Se ha utilizado la fresa de perfil a nivel de tejido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable | |
| ¿Empleó llave de retención? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable | |
| ¿Se logró estabilidad primaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Se logró la osteointegración del implante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Quedó la superficie del implante completamente cubierta por el hueso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |

¿Se realizó aumento óseo en el momento de la cirugía?

No Seno Cresta

Material empleado: _____

¿Se empleó membrana de regeneración tisular guiada?

No Si Reabsorbible

No reabsorbible

Material empleado: _____

Formulario de la garantía

5. DATOS DEL INCIDENTE (Solo necesario para quejas de implantes)

Higiene alrededor del implante Excelente Buena Normal Mala

¿Se dio alguna de las siguientes circunstancias en el incidente?

- | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Traumatismo/accidente | <input type="checkbox"/> Fractura del implante | <input type="checkbox"/> Calidad/cantidad ósea inadecuadas |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga biomecánica | <input type="checkbox"/> Sobre calentamiento del hueso | <input type="checkbox"/> Aumento óseo previo |
| <input type="checkbox"/> Implante inmediato | <input type="checkbox"/> Perimplantitis | <input type="checkbox"/> Afectación del nervio |
| <input type="checkbox"/> Diente adyacente endodonciado | <input type="checkbox"/> Infección | <input type="checkbox"/> Perforación sinusal |
| <input type="checkbox"/> Lengua (presión) | <input type="checkbox"/> Bruxismo | <input type="checkbox"/> Reabsorción ósea |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

En el momento del fracaso del implante, existía (marque todo lo aplicable):

- | | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Insensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Movilidad | <input type="checkbox"/> Fístula | <input type="checkbox"/> Asintomático | <input type="checkbox"/> Inflamación |
| <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad | <input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad | <input type="checkbox"/> Absceso | Otros: _____ |

¿Se ha colocado la prótesis? No Sí En caso afirmativo, rellene el apartado 6.

Si no se retira el implante, ¿hay alguna prueba de lo siguiente (marque todas las que procedan)?

Extensión (mm): Pérdida de hueso _____ Dehiscencia _____ Perimplantitis _____ Fenestración _____ Otras _____

Indique por qué considera que el implante ha fracasado/ha tenido que ser retirado:

6. DATOS DE LA PRÓTESIS (Solo necesario para quejas de pilares y restauraciones)

N.º de proyecto: _____ Modelo Inserción En uso
¿Tipo de prótesis? Corona Puente Prótesis parcial removible (superior) Prótesis parcial removible (inferior)
 Completa (superior) Completa (inferior) Otros: _____

Fecha de colocación del pilar Fecha de retirada

¿Se empleó un dispositivo de control de torque? Sí No Desconocido Torque empleado Ncm

Fecha de la colocación de la prótesis provisional

Fecha de la colocación de la prótesis final

¿Se cumplieron las visitas de control? Sí No

Descripción del suceso:

7. INSTRUMENTOS (Solo necesario para quejas de instrumentos)

N.º aproximado de usos: Primer uso 2-5 6-10 10-15 Más 15

(sólo instrumentos de corte)

Método de limpieza empleado Manual Ultrasonidos Termodesinfección Otros: _____

Método de esterilización empleado Autoclave Calor seco Esterilización química

Breve descripción del incidente:

Devuelva el cuestionario, el producto esterilizado en autoclave y, en su caso, las radiografías. Utilice un sobre acolchado para devolver los artículos: en caso contrario podrían perderse artículos durante el transporte con lo que la garantía quedaría anulada. Esterilice todos los productos en autoclave e identifíquelos como estériles. De acuerdo con las condiciones de la garantía Straumann, se ruega sustituyan los productos enumerados anteriormente..

Firma del facultativo: _____ Fecha: _____

Sólo para uso interno

CSN PSO ASR RPC Información incompleta Std/No