

Formulário de reclamação do produto

Sistemas de implantes

1. Dados do cliente

Nome completo: *

CPF / CNPJ: *

Telefone: *

Endereço de e-mail *

Endereço com número: *

CEP: *

Cidade: *

Estado: *

2. Dados do produto (indicar todos os produtos Nobel Biocare em questão)

As reclamações do implante têm de ser acompanhadas pela restauração e conter informações detalhadas (incluir aqui).

Nota fiscal *

Refª do artigo: *

Número do lote: *

Colocado em (D/M/A) *

Removido em (D/M/A): *

Posição: *

3. Informação do produto de substituição:

Ref. do item: *

Descrição: *

Quantidade: *

4. Informações gerais sobre o paciente (Apenas necessário para reclamações de implantes)

Identificação do paciente: *

Idade: *

Masculino

Feminino

Processo clínico:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doenças endocrinológicas não tratadas | <input type="checkbox"/> Distúrbios psíquicos |
| <input type="checkbox"/> Terapia de radiação na área cabeça/pescoço | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Resistência imunológica comprometida | <input type="checkbox"/> Xerostomia |
| <input type="checkbox"/> Doença requerendo esteroides | <input type="checkbox"/> Distúrbios linfáticos |
| <input type="checkbox"/> Consumo abusivo de drogas ou álcool | <input type="checkbox"/> Distúrbios da coagulação |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia na altura da implantação | |

Alergias: _____

Outras doenças locais ou sistêmicas relevantes: _____

O paciente fuma? Sim Não Sem diagnóstico relevante

Caso o implante tenha sido colocado e removido no mesmo dia, um outro implante foi colocado no mesmo local e com sucesso?

 Sim Não

Na data da intervenção, verificou-se algum dos pontos seguintes?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doença periodontal | <input type="checkbox"/> Doença da membrana mucosa |
| <input type="checkbox"/> Infecção local/osteíte crônica subaguda | |
| <input type="checkbox"/> Complicações durante a preparação do local de implantação | |

Tipo do osso:	<input type="checkbox"/> Tipo I	<input type="checkbox"/> Tipo II	<input type="checkbox"/> Tipo III	<input type="checkbox"/> Tipo IV
Rosca previamente exposta?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não aplicável	
Utilização de broca de perfil ao nível do osso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não aplicável	
Utilização de broca de perfil ao nível do tecido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não aplicável	
Foi usada uma chave de retenção?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não aplicável	
A estabilidade primária foi conseguida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
A osseointegração do implante foi conseguida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		

A superfície do implante está totalmente coberta pelo osso? Sim Não

Foi realizado um aumento ósseo durante a intervenção?

 Não Seio Rebordo

Material empregue: _____

Foi utilizada uma membrana de regeneração tecidual assistida?

 Não Sim Reabsorvível Não reabsorvível

Material empregue: _____

5. Dados sobre a ocorrência (apenas necessário para reclamações de implantes)

Higiene em torno do implante Excelente Boa Razoável Fraca

Um ou vários dos pontos seguintes tiveram influência na ocorrência?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trauma/acidente | <input type="checkbox"/> Quebra do implante |
| <input type="checkbox"/> Qualidade/quantidade óssea insuficiente | |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga biomecânica | <input type="checkbox"/> Sobreaquecimento do osso |
| <input type="checkbox"/> Aumento prévio do osso | <input type="checkbox"/> Implantação imediata |
| <input type="checkbox"/> Peri-implantite | <input type="checkbox"/> Compressão do nervo |
| <input type="checkbox"/> Dente adjacente recebeu um tratamento endodôntico | <input type="checkbox"/> Infecção |
| <input type="checkbox"/> Perfuração da membrana sinusal | |
| <input type="checkbox"/> Língua (pressão) | <input type="checkbox"/> Bruxismo <input type="checkbox"/> Reabsorção óssea |

Outros: _____

A perda do implante foi acompanhada por (assinalar todas as condições aplicáveis):

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dores | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Inchaço | <input type="checkbox"/> Falta de sensibilidade |
| <input type="checkbox"/> Mobilidade | <input type="checkbox"/> Fístula | <input type="checkbox"/> Assintomática | |
| <input type="checkbox"/> Inflamação | <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade | <input type="checkbox"/> Aumento da sensibilidade | |
| <input type="checkbox"/> Abscesso | Outras: _____ | | |

6. Dados sobre a ocorrência (apenas necessário para reclamações de pilares e restaurações)

Nº do projeto: _____ Modelo Inserção Em utilização

Tipo de prótese?

- | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coroa | <input type="checkbox"/> Ponte | <input type="checkbox"/> Prótese parcial (em cima) | <input type="checkbox"/> Prótese parcial (em baixo) |
| <input type="checkbox"/> Prótese total (em cima) | <input type="checkbox"/> Prótese total (em baixo) | | |

Outras: _____

Data de colocação do pilar? (D/M/A) ___/___/___

Data de remoção do pilar (D/M/A) ___/___/___

Foi utilizado um dispositivo de controle do binário? Sim Não Não se sabe
 binário aplicado Ncm

Data de colocação da prótese provisória (D/M/A) ___/___/___

Data de colocação da prótese definitiva (D/M/A) ___/___/___

O calendário de consultas de acompanhamento foi seguido? Sim Não

Observações:

Breve descrição da ocorrência:

Devolva o formulário, o produto esterilizado por autoclave e radiografias (se aplicável). Utilize um envelope almofadado para proceder à devolução – a não observância desta recomendação pode resultar na perda de alguns objetos durante o transporte e na invalidação do programa de garantia. Esterilize todos os produtos em autoclave e identifique-os como "esterilizados".

Assinatura do médico: _____

Data: ___/___/___