

NOTA!

**O produto DEVE estar esterilizado e em embalagem que comprove a esterilização através da cor.
O produto deve ser enviado para a empresa, em embalagem lacrada e resistente.
Favor enviar uma radiografia do caso, antes da remoção do(s) implantes(s).**

1 . Dados do Cliente

Nome:			Nº cadastro:
Endereço:			Cidade:
Estado:	País:	CEP:	
Telefone:	E-mail:		
Nome do profissional:			
Nº de cadastro no conselho profissional:			

2 . Lista de Produtos Devolvidos

** Consulte o gráfico de configuração das posições dos dentes, como referência para as posições corretas.*

Código	Nº lote	Descrição	Qtde.	Elemento dentário*

3 . Descrição do Problema

Tipo de Problema Reclamação Fracasso do Implante (Garantia) Fratura do Implante

Detectado No recebimento Durante o procedimento clínico No procedimento laboratorial

Outros: _____

Complicações do paciente: Não Sim

Se sim, explique:

Descrição do problema: _____

4 . Dados do Paciente

ID do paciente:	Idade:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
Data de colocação do implante:	Data de exposição do implante:		
Data de colocação da prótese:	Data de remoção do implante:		

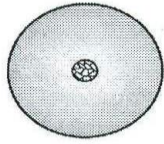
5 . Definir a higiene oral do paciente utilizando o índice de saúde gengival

- Normal
- Ligeira inflamação, ligeira alteração de cor, ligeiro edema, sem hemorragia.
- Inflamação moderada, coloração vermelha, edema e glazeamento, sangramento ao examinar.
- Inflamação grave, assinalada pela coloração vermelha, edema, ulceração, tendência para sangramento espontâneo.

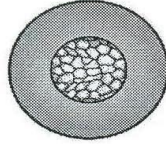
Existia tecido de granulação identificado ao redor do implante? Sim Não

O implante foi instalado em sítio infectado? Sim Não

6 . Definir a qualidade óssea da área de colocação do implante do paciente.



D 1



D 2



D 3



D 4

- D1 - A maioria do osso residual é constituída por osso cortical.
- D2 - Presença de osso ao redor de osso esponjoso.
- D3 - Camada fina de osso cortical ao redor de osso esponjoso de densidade média.
- D4 - Camada fina de osso cortical ao redor de osso esponjoso de densidade baixa.

7 . Definir a quantidade de osso na área de colocação do implante do paciente

- A maioria do rebordo alveolar está presente.
- Ocorreu uma moderada reabsorção residual do rebordo.
- Ocorreu uma acentuada reabsorção residual do rebordo e só resta osso basal.
- Começou alguma reabsorção do osso basal.
- Ocorreu extrema reabsorção do osso basal.

8 . Hábitos e condições de saúde

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bruxismo. | <input type="checkbox"/> Infecção. |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo. | <input type="checkbox"/> Problemas do tecido conjuntivo. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes. | <input type="checkbox"/> Terapia com esteroides. |
| <input type="checkbox"/> Higiene oral reduzida. | <input type="checkbox"/> Doença/medicação atual: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consumo de álcool. | <input type="checkbox"/> Outro fator: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hábitos de sigmatismo. | <input type="checkbox"/> Desconhecido. |
| <input type="checkbox"/> Qualidade e/ou quantidade de osso insuficiente. | |

9 . A sua avaliação da causa do problema

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Condições indicadas no item 8. | <input type="checkbox"/> Dor. |
| <input type="checkbox"/> Fracasso na osseointegração/pré instalação. | <input type="checkbox"/> Traumatismo cirúrgico iatrogênico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Perda de osseointegração, colocação pós-cirúrgica do implante. | <input type="checkbox"/> Outras causas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Higiene oral reduzida. | <input type="checkbox"/> Desconhecido. |
| <input type="checkbox"/> Qualidade óssea insuficiente. | |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga ou pressão biomecânica. | |
| <input type="checkbox"/> Componente danificado. | |

10 . Componentes de substituição solicitados

Código	Lote	Descrição do produto	Qtde.

11 . Outros comentários

12 . Assinatura do profissional que confirme as condições indicadas neste questionário

Assinatura: _____ Local e data: _____

