

Champs minimum obligatoires et nécessaires pour l'expertise de votre dossier

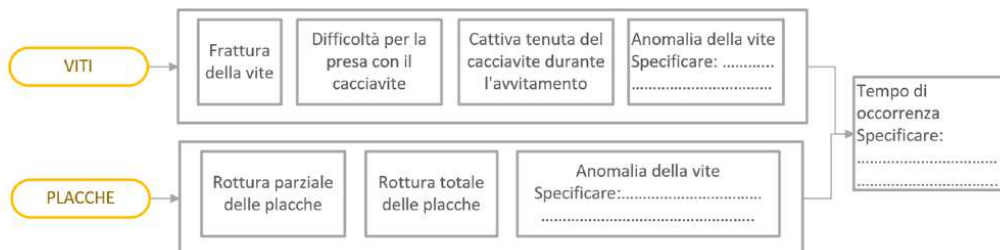
1. INFORMAZIONE CLIENTE/MEDICO & DOSSIER PAZIENTE

Codice cliente (vedere Bolla/Fattura) :
Nome del medico (che ha incontrato il malfunzionamento) :
ID Paziente : (facoltativo)

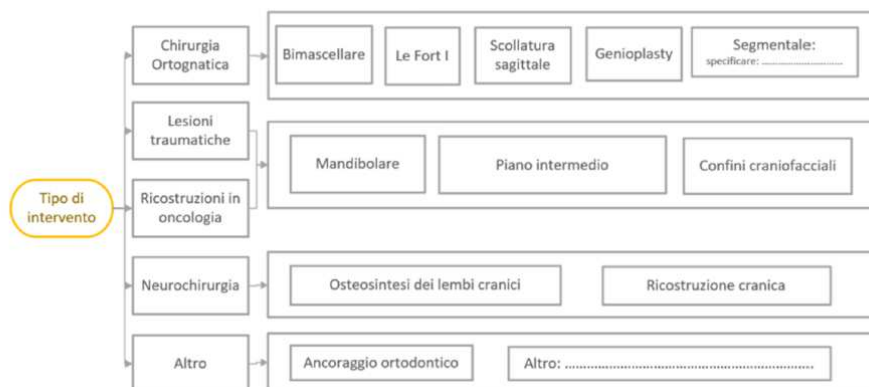
2. TRACCIABILITA' ATTENZIONE : l'impianto e lo strumento associato* devono essere restituiti puliti, decontaminati e sterilizzati

Posizione dell'impianto : Mandibola Mascella Cranio
Impianto : Codice : Lotto : Data di posa : data di rimozione :
Strumentario associato* : Codice : Lotto : (*in interazione al momento del malfunzionamento)

3. TIPO DI MALFUNZIONAMENTO : cerchiare i valori applicabili



4. INFORMAZIONI CHIRURGICHE : cerchiare i valori applicabili



5. UBICAZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO

Vite : Testa Filettatura Punta Placca : Fori Punte Tacca

6. MODALITA' CHIRURGICHE

Pre-fresatura (se vite) : No Si, specificare quale fresa (Ø) : NS*
Conformazione della placca : =< 2 ritocchi >= 3 ritocchi NS*
 Conformazione con strumenti specifici (S/N) : NS*
Tecnica di avvitamento : Manuale A motore Pre-fresatura (S/N) : NS*

7. GESTIONE DELL'EVENTO

Intraoperatorio Semplice regolazione del materiale Modifica di materiale
 Smontaggio seguito da riassetaggio con lo stesso materiale Modifica dell'indicazione o del piano di trattamento

Postoperatorio Trattamento medico Ripristino chirurgico
 Rimozione del materiale Frammento dell'impianto ancora in posizione

8. CONTESTO GENERALE

Stato di salute del paziente : Buono Medio Scarso NS*
Igiene orale : Buona Media Cattiva NS*
Precedenti CMF : No Si : Data JJ/MM/AAAA Natura : NS*
Precedenti fisioterapie CMF : No Si : Data JJ/MM/AAAA Natura : NS*
Precedenti extrafacciali : NS*
Malattia generale: Nessuna Diabete Osteoporosi Esaurimento Ipertensione Allergie NS*
 Dipendenza specificare : Trattamenti in corso o recenti specificare :

Commenti aggiuntivi: