

1. INFORMATION CLIENT/PRATICIEN & DOSSIER PATIENT

Code client (voir BL/Facture) :
Nom du praticien (ayant rencontré le dysfonctionnement) :
ID Patient :

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Une **radio panoramique ou sectorielle** de chaque étape du plan de traitement (au moins celle post-dysfonctionnement)
- La **radio de la dernière visite** avant l'apparition du dysfonctionnement

2. TRACABILITE ATTENTION : l'implant et la pièce prothétique associée* doivent être renvoyés nettoyés, décontaminés et stérilisés

N° de dent :

Implant dysfonctionnant : Référence : inconnue Date de pose :
Lot : inconnu Date de dépose :

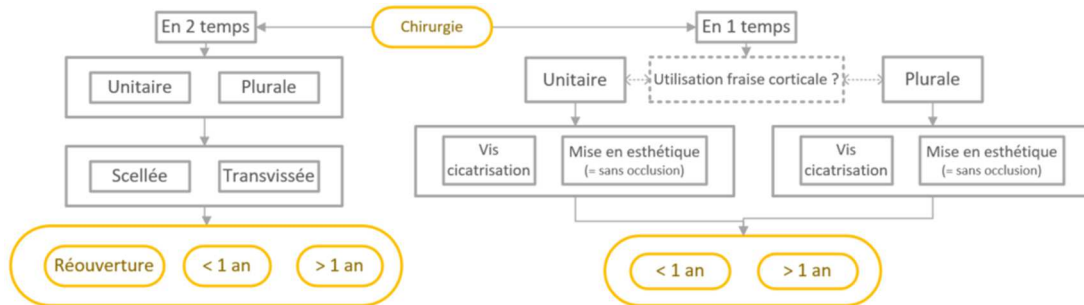
Pièce prothétique associée* : Oui (compléter) Non (n/a)

*à l'implant au moment du dysf. Référence : inconnue Date de pose :
Lot : inconnu Date de dépose :

3. TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT

Blocage ou inadaptation Fracture Activation (3.0) Autre :

4. INFORMATIONS CHIRURGICALES (cocher dans la représentation graphique ou cocher n/a) n/a (prothèse non effectuée)



5. LOCALISATION DU DYSFONCTIONNEMENT

Vis de fermeture Col de l'implant Filetage interne Connexion implant Autre :

6. SITUATION PRE/PER/POST OPERATOIRE

Bruxisme/ Surcharge biomécanique Indication non-respectée Maladie parodontale Traumatisme / Accident
 Ouverture buccale insuffisante Bon état de santé général Infection locale
 Complication lors de la préparation du site Autre :

Qualité osseuse : D1 D2 D3 D4 NSP*

Si volume osseux insuffisant : ROG Greffe: type..... Marque & date

7. INFORMATIONS SUR LA PROTHESE

Situation de l'antagoniste

Dent naturelle Prothèse fixe implantoportée Appareil amovible
 Prothèse fixe dentoportée Absence dent Courbe de Spee non rétablie

Matériau utilisé sur la dent restaurée

Résine Zircone stratifié Matériaux-hybride
 Céramo-métal (CCM) Full zircone Autre :

Suivi et contrôles du patient

Nb de visites : Date dernière visite : Contrôle de l'occlusion et traitement à chaque visite : Oui Non NSP*

Commentaires complémentaires :