

1. INFORMAZIONE FILE PRATICO

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

2. ARTICOLI RESTITUITI

Codice dell'impianto	N° di lotto dell'impianto	Codice del pezzo protesico	N° di lotto del pezzo protesico	N° Dente	Data di posa (jj/mm/aa)	Data di rimozione (jj/mm/aa)	Data di realizzazione della protesi (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuto <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> sconosciuto <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuta	<input type="checkbox"/> sconosciuta	<input type="checkbox"/> sconosciuta <input type="checkbox"/> n/a
<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuto <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> sconosciuto <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuta	<input type="checkbox"/> sconosciuta	<input type="checkbox"/> sconosciuta <input type="checkbox"/> n/a
<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuto <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> sconosciuto <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> sconosciuto	<input type="checkbox"/> sconosciuta	<input type="checkbox"/> sconosciuta	<input type="checkbox"/> sconosciuta <input type="checkbox"/> n/a

Altre aree impiantate? No Sì, specificare il n° delle aree :

3. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Caduta dell'impianto No Sì, esporre le circostanze:
Mancanza di stabilità primaria alla posa No Sì
Fallimento precoce/primario (mancanza di osteointegrazione) No Sì, spuntare le caselle applicabili:
 Usura delle frese No Sì
 Riutilizzo di una vite di guarigione No Sì
 Riscaldamento dell'osso (temperatura > 47°C per più di un minuto) No Sì
 Stabilità primaria insufficiente No Sì
 Eccessiva compressione ossea No Sì
 Difetto di vascolarizzazione ossea No Sì
 Caricamento prematuro No Sì
 Processi infettivi/infiammatori indotti No Sì
 Allergia al titanio No Sì
Fallimento tardivo/secondario (perdita di osteointegrazione) No Sì, spuntare le caselle applicabili:
 Sovraccarico No Sì
 Réglage occlusal patient en position assise et en OIM à chaque visite No Sì
 Bruxisme No Sì
 Fusion de ciment de scellement persistant sous la limite prothétique No Sì
 Défaut de passivité de l'armature prothétique No Sì
 Développement de plaque bactérienne No Sì
 Péri-implantite No Sì
 Altro (stato di salute, dipendenza, farmaci, ecc.) :

Dolore alla masticazione No Sì
Mobilità implantare No Sì
Espulsione spontanea dell'impianto No Sì
Perdita ossea* No Sì
Exsudat incontrollato No Oui
 Altro, specificare:

* radiografia superiore alla metà della lunghezza dell'impianto

4. SULL'INTERVENTO E SUL PAZIENTE

Diametro dell'ultima fresa utilizzata : (escluso EVL)

Coppia di serraggio dell'impianto :

Tipo di posa	Chirurgia	Carica	Restauro	Protesi
<input type="checkbox"/> Post-estrazione	<input type="checkbox"/> In 1 fase	<input type="checkbox"/> Immediata	<input type="checkbox"/> Unitario	<input type="checkbox"/> Cementata
<input type="checkbox"/> Ritardato	<input type="checkbox"/> In 2 fasi	<input type="checkbox"/> Progressiva (con provvisorio)	<input type="checkbox"/> Multiplo	<input type="checkbox"/> Avvitata
		<input type="checkbox"/> Ritardata	<input type="checkbox"/> Completo	

Età : Genere : DONNA UOMO Qualità ossea : D1 D2 D3 D4

Commenti :

! Lista dei documenti da aggiungere obbligatoriamente al file :
 1. **Prodotti imperativamente DECONTAMINATI, PULITI E STERILIZZATI**
 2. **Radiografie del controllo PRIMA e DOPO la posa e la rimozione dell'impianto e della carica del moncone**