


Questionnaire de garantie

 Comme indiqué au paragraphe 8 de la garantie Thommen Medical, toutes les règles en matière de protection des données doivent être respectées et toutes les données de patient doivent être anonymisées. L'ID patient utilisé pour chaque patient ne doit pas permettre de déduire les données du patient.

1. INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du médecin traitant et adresse (en caractères d'imprimerie ou cachet)

Téléphone

Pays

Contact pour
le cabinet

2. INFORMATIONS SUR LES PRODUITS (veuillez mentionner tous les produits Thommen Medical)

Réf. art.	N° de lot	Date de la pose (J/M/A)	Date du retrait (J/M/A)	Région
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____

Date de l'évènement: _____ / _____ / _____

3. INFORMATIONS GENERALES SUR LE PATIENT (compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'implants)

N° ID patient: _____ Âge: _____ Femme Homme

Antécédents médicaux

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rayonnement dans les régions thorax-tête/cou | <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation | <input type="checkbox"/> Trouble psychologique |
| <input type="checkbox"/> Traitement par bisphosphonates | <input type="checkbox"/> Immuno-résistance compromise | <input type="checkbox"/> Consommation abusive de drogues ou d'alcool |
| <input type="checkbox"/> Maladie traitée par stéroïdes | <input type="checkbox"/> Diabète sucré | <input type="checkbox"/> Xérostomie |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie à une période proche de la pose de l'implant | <input type="checkbox"/> Maladie endocrine non contrôlée | Fumeur: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Autres maladies locales ou systémiques pouvant avoir une influence: _____

Allergies: _____ Rien à signaler

4. INFORMATIONS SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE (compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'implant)

Pose manuelle Insertion mécanique

Remarques (en caractères d'imprimerie): _____

Si l'implant a été posé et retiré le même jour, est-ce que cet implant ou un autre a pu ensuite être posé avec succès au cours de l'intervention? Oui Non

Lors de l'intervention, éléments à signaler:

- | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie parodontale | Qualité d'os | <input type="checkbox"/> Type I | <input type="checkbox"/> Type II | <input type="checkbox"/> Type III | <input type="checkbox"/> Type IV |
| <input type="checkbox"/> Atteinte de la muqueuse | Utilisation taraud? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| <input type="checkbox"/> Infection locale/ostéite chronique subaiguë | La stabilité primaire a-t-elle été obtenue? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| <input type="checkbox"/> Complication lors de la préparation du site | L'ostéointégration de l'implant a-t-elle été obtenue? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| Quelle: _____ | La surface de l'implant a-t-elle été complètement recouverte par l'os? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |

L'augmentation a-t-elle été effectuée lors de l'intervention?

Non Sinus Crête

Matériau utilisé: _____

Une membrane RGT a-t-elle été utilisée?

Non Oui Résorbable Non résorbable

Matériau utilisé: _____

5. INFORMATIONS GENERALES SUR L'INCIDENT (compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'implants)

Hygiène autour de l'implant Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

L'un des événements suivants est-il lié à l'incident?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Traumatisme/accident | <input type="checkbox"/> Lit d'implant sous-dimensionné | <input type="checkbox"/> Augmentation osseuse antérieure/simultanée |
| <input type="checkbox"/> Surcharge biomécanique | <input type="checkbox"/> Surchauffe de l'os | <input type="checkbox"/> Résorption osseuse |
| <input type="checkbox"/> Bruxisme | <input type="checkbox"/> Compression du nerf | <input type="checkbox"/> Infection péri-implantaire |
| <input type="checkbox"/> Fracture de l'implant | <input type="checkbox"/> Perforation du sinus | <input type="checkbox"/> Infection |
| <input type="checkbox"/> Implantation immédiate | <input type="checkbox"/> Quantité/Qualité osseuse inadéquate | |

Autre (en caractères d'imprimerie): _____

Au moment de l'échec de l'implant, il y a eu (veuillez cocher les cases appropriées):

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Gonflement | <input type="checkbox"/> Saignement | <input type="checkbox"/> Mobilité |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Fistule | <input type="checkbox"/> Inflammation | Autre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité accrue | <input type="checkbox"/> Abscès | <input type="checkbox"/> Absence de symptômes | |

La prothèse a-t-elle été posée? Oui Non **Si oui, merci de compléter la rubrique 6.**

Veuillez expliquer pourquoi vous pensez que l'implant a échoué/a été extrait (en caractères d'imprimerie):

6. INFORMATIONS GENERALES SUR LA PROTHESE

(compléter cette rubrique uniquement en cas de retour de parties secondaires et de restaurations)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Modèle | <input type="checkbox"/> Insertion | <input type="checkbox"/> Utilisé | | |
| Type de restauration? | <input type="checkbox"/> Couronne | <input type="checkbox"/> Bridge | Prothèse amovible partielle: | <input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Inférieure |
| | | | Prothèse intégrale: | <input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Inférieure |
| Date de pose de la partie secondaire? | ____ / ____ / ____ | | Date de retrait de la partie secondaire: | ____ / ____ / ____ |
| | | (J/M/A) | | (J/M/A) |
| Utilisation du cliquet dynamométrique MONO: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas | Couple appliqué: _____ Ncm |
| Date de la restauration provisoire: | ____ / ____ / ____ | | Date de pose de la restauration définitive: | ____ / ____ / ____ |
| | | (J/M/A) | | (J/M/A) |
| Examen de contrôle: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |

Description de l'incident (en caractères d'imprimerie):

7. INSTRUMENTS (compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'instruments)

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Forets utilisés: | <input type="checkbox"/> VECTOdrill acier | <input type="checkbox"/> VECTOdrill céramique | | |
| <input type="checkbox"/> Autre | Quelle: _____ | | | |
| Nombre approximatif d'utilisations (instruments coupants uniquement): | <input type="checkbox"/> Première utilisation | <input type="checkbox"/> 2-5 x | <input type="checkbox"/> 6-10 x | <input type="checkbox"/> 10-20 x <input type="checkbox"/> Plus de 20 x |
| Méthode de nettoyage employée: | <input type="checkbox"/> Manuel | <input type="checkbox"/> Par ultrasons | <input type="checkbox"/> Thermodésinfection | Autre: _____ |
| Méthode de stérilisation employée: | <input type="checkbox"/> Autoclave | <input type="checkbox"/> Chaleur sèche | <input type="checkbox"/> Chemiclave | |

Breve description de l'incident (en caractères d'imprimerie):

Veuillez renvoyer le questionnaire et le produit autoclavé et joindre les radiographies (le cas échéant) à votre partenaire commercial. Veuillez utiliser une enveloppe à bulles pour le retour des articles. **Dans le cas contraire, les articles risquent d'être endommagés ou perdus lors de l'expédition, ce qui annulerait le programme de garantie.** Veuillez traiter tous les produits (ne pas nettoyer) par **autoclave** et les marquer comme **stérile**.

Conformément aux Termes et Conditions de Garantie de Thommen Medical, veuillez prendre en compte notre demande de remplacement des produits mentionnés ci-dessus.

Signature du médecin: _____ Date: _____