


# Formulario de la garantía

 Como se describe bajo el punto 8 de la garantía de Thommen Medical, se deben cumplir todas las normativas relativas a la protección de los datos y anonimizar la información personal del paciente. Para cada paciente se debe emplear un n.º de ID con el que no sea posible deducir la información personal del paciente.

## 1. DATOS DEL CLIENTE

Nombre y dirección del médico responsable del tratamiento (en letras mayúsculas o sello)

_____	Teléfono	_____
_____	País	_____
_____	Persona de con-tacto en la clínica	_____
_____		

## 2. DATOS DEL PRODUCTO (enumere todos los productos Thommen Medical implicados)

Nº de art.	Nº de lote	Fecha de colocación (D/M/A)	Fecha de retirada (D/M/A)	Ubicación del implante
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____

Fecha del suceso: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE (rellene esta sección sólo en caso de devolución de implantes)

ID del paciente: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino

### Historia clínica

<input type="checkbox"/> Radioterapia en cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación	<input type="checkbox"/> Trastorno psicológico
<input type="checkbox"/> Tratamiento con bifosfonatos	<input type="checkbox"/> Paciente inmunocomprometido	<input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción
<input type="checkbox"/> Enfermedad tratada con corticoides	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Xerostomía
<input type="checkbox"/> Quimioterapia en fechas próximas a la colocación del implante	<input type="checkbox"/> Enfermedad tratada con corticoides	Fumador: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otras enfermedades locales o sistémicas que puedan ser significativas: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  Sin hallazgos de interés

## 4. INFORMACION QUIRURGICA (rellene esta sección sólo en caso de devolución de implantes)

Colocación manual  Colocación mecánica

### Observaciones (en letras mayúsculas):

En caso de que un implante se colocara y retirara el mismo día, ¿se colocó con éxito otro implante en el mismo emplazamiento durante la cirugía?  Sí  No

En el momento de la cirugía, ¿se dio alguna de las siguientes circunstancias?:

<input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal	Calidad del hueso	<input type="checkbox"/> Tipo I	<input type="checkbox"/> Tipo II	<input type="checkbox"/> Tipo III	<input type="checkbox"/> Tipo IV
<input type="checkbox"/> Patologías de la membrana mucosa	¿Utilización macho de rosca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Infección local/osteitis crónica subaguda	¿Se logró estabilidad primaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Complicación en la preparación del emplazamiento	¿Se logró la osteointegración del implante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Cuàl: _____	¿Quedó la superficie del implante completamente cubierta por el hueso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

### ¿Se realizó aumento óseo en el momento de la cirugía?

No  Seno  Cresta

Material empleado: \_\_\_\_\_

### ¿Se empleó membrana de regeneración tisular guiada?

No  Sí  Reabsorbible  No reabsorbible

Material empleado: \_\_\_\_\_

**5. DATOS DEL INCIDENTE** (rellene esta sección sólo en caso de devolución de implantes)

Higiene alrededor del implante  Excelente  Buena  Normal  Mala

**¿Se dio alguna de las siguientes circunstancias en el incidente?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traumatismo/accidente  | <input type="checkbox"/> Tamaño insuficiente del lecho del implante | <input type="checkbox"/> Aumento óseo previo/simultáneo |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga biomecánica | <input type="checkbox"/> Sobrecalentamiento del hueso               | <input type="checkbox"/> Reabsorción ósea               |
| <input type="checkbox"/> Bruxismo               | <input type="checkbox"/> Afectación del nervio                      | <input type="checkbox"/> Periimplantitis                |
| <input type="checkbox"/> Fractura del implante  | <input type="checkbox"/> Perforación sinusal                        | <input type="checkbox"/> Infección                      |
| <input type="checkbox"/> Implante inmediato     | <input type="checkbox"/> Calidad/cantidad ósea inadecuadas          |   |

Otros (composición en bloque): \_\_\_\_\_

**En el momento del fracaso del implante, existía (marque todo lo aplicable):**

- |   |                                    |                                       |                                    |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor                      | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Sangrado     | <input type="checkbox"/> Movilidad |
| <input type="checkbox"/> Insensibilidad             | <input type="checkbox"/> Fístula   | <input type="checkbox"/> Inflamación  | Otros: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad | <input type="checkbox"/> Absceso   | <input type="checkbox"/> Asintomático |                                    |

**¿Se ha colocado la prótesis?**  Sí  No **En caso afirmativo, rellene el apartado 6.**

Indique por qué considera que el implante ha fracasado/ha tenido que ser retirado (composición en bloque):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6. DATOS DE LA PROTESIS** (rellene esta sección sólo en caso de devolución de pilares y restauraciones)

- Modelo  Inserción  En uso
- ¿Tipo de prótesis?  Corona  Puente Prótesis parcial removible:  Superior  Inferior  
 Completa:  Superior  Inferior
- Fecha de colocación del pilar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (D/M/A) Fecha de retirada del pilar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (D/M/A)
- ¿Se utilizó la llave de carraca de torque MONO?  Sí  No  Desconocido Torque empleado: \_\_\_\_\_ Ncm
- Fecha de la colocación de la prótesis provisional: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (D/M/A) Fecha de la colocación de la prótesis final: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (D/M/A)
- ¿Se realizó un examen de control?:  Sí  No

**Descripción del suceso** (composición en bloque):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**7. INSTRUMENTOS** (rellene esta sección sólo en caso de devolución de instrumentos)

- ¿Qué fresas se han usado?:  VECTOdrill acero  VECTOdrill cerámica
- Otros Cuál: \_\_\_\_\_
- Nº aproximado de usos (sólo instrumentos de corte):  Primer uso  2-5 x  6-10 x  10-20 x  Más 20 x
- Método de limpieza empleado:  Manual  Ultrasonidos  Termodesinfección Otros: \_\_\_\_\_
- Método de esterilización empleado:  Autoclave  Calor seco  Esterilización química

**Breve descripción del incidente** (composición en bloque):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Devuelva el cuestionario, el producto esterilizado en autoclave y, en su caso, las radiografías a su socio distribuidor.  
**Utilice un sobre acolchado para devolver los artículos: en caso contrario podrían perderse artículos durante el transporte con lo que la garantía quedaría anulada.** Esterilice todos los productos (no limpiar) en autoclave e identifíquelos como **estériles**.

De acuerdo con las condiciones de la garantía Thommen Medical, se ruega sustituyan los productos enumerados anteriormente.

Firma del facultativo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_