

Garantie Thommen Medical.



Garantie Thommen Medical

1. Étendue de la garantie et bénéficiaires

Cette garantie (appelée «Garantie Thommen Medical» dans la suite) de la Thommen Medical AG, Suisse (appelée «Thommen Medical» dans la suite) est uniquement valable pour les produits listés à la fin et au profit du médecin traitant/dentiste (appelé «utilisateur» dans la suite). Aucun tiers, en particulier patients ou fournisseurs interposés, ne peut en déduire des prétentions. La Garantie Thommen Medical comprend le remplacement des produits du système d'implants Thommen (appelés «produits Thommen Medical» dans la suite) dans le paragraphe 2. La Garantie Thommen Medical ne comprend que le remplacement des produits et non les frais complémentaires, en particulier pour les soins dentaires et la suite des traitements.

2. Produits Thommen Medical compris dans la Garantie Thommen Medical

2.1. Produits de tiers

Le système d'implants Thommen étant un ensemble complexe de pièces Thommen d'origine dont le fonctionnement harmonieux est vital pour le patient, l'utilisation de produits tiers autres que ceux approuvés et/ou distribués par Thommen Medical à la place des produits Thommen annule la garantie de Thommen Medical.

2.2 Garantie à vie pour les implants INICELL®

Thommen Medical garantit qu'un implant avec surface INICELL® ne restant pas dans l'os après son implantation sera remplacé gratuitement par un même implant ou un implant équivalent. Thommen Medical remplace l'implant ainsi que les composants prothétiques de Thommen Medical placés sur l'implant au moment de la perte de l'implant.

2.3 Garantie à vie pour les composants prothétiques

En cas d'échec de défaillance d'un composant prothétique quelconque de Thommen Medical, Thommen Medical garantit que ce composant sera remplacé gratuitement par un même composant prothétique correspondant, à l'exception des composants provisoires. La garantie à vie couvre uniquement les pièces Thommen Medical d'origine.

2.4 Garantie pour les instruments

Thommen Medical remplace tous les instruments Thommen Medical avec échec de fonctionnement lors de l'utilisation prévue et/ou ne fonctionnant plus correctement à la suite d'une usure, à l'exception des instruments coupants.

3. Conditions de la garantie

Thommen Medical garantit par la présente qu'un produit Thommen Medical avéré défectueux en raison d'une insuffisance de solidité du matériau et de stabilité dans le cadre des périodes de garantie indiquées au paragraphe 2 sera remplacé par un même produit ou un produit équivalent tel que décrit dans le paragraphe 2.



Les périodes de garantie précitées prennent cours au moment du traitement avec un produit Thommen Medical par l'utilisateur, à condition que les conditions de garantie qui suivent soient présentes de manière cumulative et prouvée:

- 3.1 Renvoi du produit Thommen Medical faisant l'objet d'une réclamation à l'état stérile (ou désinfecté, si livré tel quel);
- 3.2 Respect et mise en œuvre des instructions de Thommen Medical existant au moment du traitement (entre autres dans le mode d'emploi) ainsi que des procédures de médecine dentaires reconnues, avant, pendant et après le traitement;
- 3.3 Pas de cas de garantie résultant d'un accident, d'un traumatisme ou de tout autre dommage provoqué par le patient ou par une tierce personne;
- 3.4 Le dommage ou la défaillance résulte de l'utilisation de pièces fabriquées par un tiers (produits autres que ceux approuvés et/ou distribués par Thommen Medical).
- 3.5 Le formulaire de garantie a été dûment complété et signé dans un délai de trois mois suivant la survenue du cas de garantie.



4. **Limites et limitations**

Par la présente, Thommen Medical rejette toute autre garantie expresse ou tacite, et exclut toute responsabilité en cas de manque-à-gagner, de dommages directs ou indirects ou bien de dommages collatéraux et spéciaux, liés directement ou indirectement aux produits, services ou informations Thommen Medical.

5. **Territoire d'application de la garantie**

Cette Garantie Thommen Medical est valable dans le monde entier pour les produits Thommen Medical vendus par une entreprise liée à Thommen Medical ou un distributeur officiel de Thommen Medical.

6. **Adaptation ou cessation**

Thommen Medical peut à tout moment adapter cette garantie, dans son entièreté ou partiellement, ou y mettre fin. Une adaptation ou la cessation de la Garantie Thommen Medical n'affecte toutefois pas les prestations de garantie accordées dans le cadre de cette Garantie Thommen Medical pour les produits Thommen Medical et instituées avant l'adaptation ou la cessation de cette garantie.


7. **Obligation d'annonce**

Thommen Medical attire l'attention de l'utilisateur sur le fait que les événements avec obligation d'annonce doivent être transmis soit directement au fabricant et/ou à l'autorité compétente, selon les dispositions légales applicables.

8. **Protection des données**

Thommen Medical informe l'utilisateur que toutes les règles en matière de protection des données (exemple: Règlement (EU) 2016/679 (règlement général sur la protection des données)) doivent être respectées. Toutes les données de patient doivent être anonymisées. En d'autres termes, elles ne doivent citer ni nom ni initiales de patients, y compris sur les images radio ou dans les dossiers médicaux. L'ID patient utilisé pour chaque patient ne doit pas permettre de déduire les données du patient.

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"/> Radiothérapie de la tête et du 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
<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 Qui 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)

Modèle Insertion Utilisé

Type de restauration? Couronne Bridge

Prothèse amovible partielle: Supérieure Inférieure
Prothèse amovible partielle: Supérieure Inférieure

Date de pose de la partie secondaire: ____ / ____ / ____ (J/M/A) Date de retrait de la partie secondaire: ____ / ____ / ____ (J/M/A)

Utilisation du cliquet dynamométrique MONO: Qui Non Ne sait pas Couple appliqué: ____ Ncm

Date de la restauration provisoire: ____ / ____ / ____ (J/M/A) Date de pose de la restauration définitive: ____ / ____ / ____ (J/M/A)

Examen de contrôle: Qui Non

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

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

Forets utilisés: VECTOdrill acier VECTOdrill céramique

Autre Quelle: _____

Nombre approximatif d'utilisations (instruments coupants uniquement): Première utilisation 2-5 x 6-10 x 10-20 x Plus de 20 x

Méthode de nettoyage employée: Manuel Par ultrasons Thermodésinfection Autre: _____

Méthode de stérilisation employée: Autoclave Chaleur sèche 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: _____

HEADQUARTERS

Thommen Medical AG
Neckarsulmstrasse 28
2540 Granges | Suisse
Tél. +41 61 965 90 20
Fax +41 61 965 90 21
info@thommenmedical.com

SUCCURSALES NATIONALES/ DISTRIBUTEURS NATIONAUX

ALLEMAGNE

Thommen Medical Deutschland GmbH
Am Rathaus 2
79576 Weil am Rhein | Allemagne
Tél. +49 7621 422 58 30
Fax +49 7621 422 58 41
info@thommenmedical.de

AUTRICHE

Thommen Medical Austria GmbH
Mühlgasse 3
2322 Zwölfaxing | Autriche
Tél. +43 660 2011953
info@thommenmedical.at

BENELUX

Thommen Medical Benelux B.V.
Dierenriem 1
3738 TP Maartensdijk | Pays-Bas
Tél. +31 30 68 68 468
Info.benelux@thommenmedical.nl

CHINE

Shanghai Yujing Trading Co., Ltd.
Room G | Floor 15th | Plaza JiaFa | No.1
Lane 129 | DaTian Road | JingAn District
Shanghai | Chine
Tél. +86 21 62723077
Fax +86 21 62175264

CORE DU SUD

KMbio
02 Ho, 129, Dongseo-daero
Seobuk-gu, Cheonan-si
Chungcheonnam-do
Republic of Korea
Tél. +82 070 3141 2875
kmbio149@naver.com

CROATIE

Futura Dental d.o.o.
Kralja Zvonimira 108
10 000 Zagreb | Croatie
Tél. +385 91 6814 860
info@futura-dental.hr
www.futura-dental.hr

ESPAGNE/PORTUGAL

Thommen Medical Ibérica
C/Los quintos n 1
03350 Cox (Alicante) | Espagne
Tél. +34 96 536 10 20
Mobile +34 606 99 78 34
info@thommeniberica.com

ETATS-UNIS/CANADA

Thommen Medical USA L.L.C.
1375 Euclid Avenue | Suite 450
Cleveland OH 44115 | USA
Tél. +1 866 319 9800 (toll free)
Fax +1 216 583 9801
info.us@thommenmedical.com
orders.us@thommenmedical.com

FEDERATION DE RUSSIE

CIS – JSC Geosoft
Build. 14, Ap. 16, 3-ya Mytishchinskaya ul.
Moscow, 129626 | Russian Federation
Tél. +7 495 663 22 11
thommenmedical@geosoft.ru

FINLANDE

Vector Laboratories Oy
Engelinaukio 8 B
00150 Helsinki | Finlande
Tél. +358 400 940 700
labs@vektor.fi

FRANCE

Thommen Medical France
10 avenue Gabriel Pierné
77680 Roissy-en-Brie | France
Tél. +33 1 83 64 06 35
Fax +33 3 89 33 52 53
infos@thommenmedical.fr

HONGKONG

Shengyuan (Hong Kong) Int. Trade Co. Ltd.
Level 13, 68 Yee Wo Street
Causeway Bay | Hongkong
Tél. +852 530 876 41

ITALIE

Dental Trey S.r.l.
Via Partisani, 3
47016 Fiumana | Predappio (FC) | Italie
Tél. +39 0543 929111
Fax +39 0543 940659
implantologia@dentaltrey.it
www.dentaltrey.it

JAPON

J. Morita Corporation
3-33-18, Tarumi-cho
Suita | Osaka 564-8650 | Japon
Tél. +81 6 6384 6921
Fax +81 6 6384 6746
www.morita.com

LITUANIE/LETTONIE

ČERNIKIS MEDICAL PROJECTS, UAB
Šiaurės prospektas 5B, Kaunas
Lituanie LT-49191
Tél. +370 37 201072
Mobile +370 65 771550
info@cmp.lt
www.cmp.lt

MOYEN-ORIENT

Star Science International GmbH
Jupiterstrasse 57
3015 Berne | Suisse
Tél. +41 31 941 07 31
Fax +41 31 941 07 33
star.science@bluewin.ch

NORVEGE

Novus Dental AS
Johannes Bruns gate 5
0452 Oslo | Norvège
Tél. +47 951 07 007
post@novusdental.no
www.novusdental.no

POLOGNE

C.WITT DENTAL Sp. z o. o.
Ul. Granitowa 10
87-100 Toruń | NIP 951-15-08-371 | Pologne
Tél. +48 56 623 61 23
biuro@cwittdental.pl
www.cwittdental.pl

SINGAPOUR

FONDACO Pte Ltd
7 Kaki Bukit Road 1, #03-06
Eunos Techno Link
Singapour 415937 | Singapour
Tél. +65 6392 2806
Fax +65 6392 1296
fondaco@fondacosg.com

SUISSE

Thommen Medical AG
Neckarsulmstrasse 28
2540 Granges | Suisse
Tél. +41 32 644 30 20
Fax +41 32 644 30 25
info@thommenmedical.ch

TAIWAN

En-Jye International Co., Ltd.
No. 18 | Lane 177 | Sec 3 | Chengde Rd.
Taipei, 103 Taiwan
Tél. +886 2 2585 1669
Fax +886 2 2585 0892
enjye168@gmail.com

TCHÉQUIE

C. Witt Dental spol. s r.o.
Cihlářská 643/19
602 00 Brno
Tél. +420 739 043 449
helena.novak@cwittdental.cz

TURQUIE

Bioport Biyolojik Maddeler A.Ş.
Büyükdere cd. Subay evleri 9.Blok D1 Esentepe
Şişli 34394 İstanbul | Turquie
Tél. +90 212 2727577
Fax +90 212 2727628
info@bioport.com.tr
www.bioport.com.tr