

# 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  
Tel. +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