


# Questionario di garanzia

 In riferimento nuovo Regolamento Europeo GDPR (General Data Protection Regulation) finalizzato alla protezione dei dati dei cittadini è necessario non inserire il nome o le iniziali del paziente sul questionario e sulla documentazione allegata, per assicurarne l'anonimità. Non saranno accettati resi di prodotti Thommen con moduli non compilati correttamente.

## 1. INFORMAZIONI SUL CLIENTE

Nome del medico curante e indirizzo (in stampatello oppure timbro)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefono

\_\_\_\_\_

Paese

\_\_\_\_\_

Addetto nello studio

\_\_\_\_\_

## 2. INFORMAZIONI SUL PRODOTTO (elencare tutti i prodotti Thommen Medical interessati)

Cod. art.	N. lotto	Data inserimento (G/M/A)	Data di rimozione (G/M/A)	Sito dell'impianto
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____

Data dell'evento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 3. INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE (compilare questa sezione solo in caso di impianti resi)

Cod paziente: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_  Femmina  Maschio

### Dati clinici

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Radiografie torace-testa/area collo                    | <input type="checkbox"/> Disordini della coagulazione     | <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici                     |
| <input type="checkbox"/> Trattamento con bifosfonato                            | <input type="checkbox"/> Immunosensibilità compromessa    | <input type="checkbox"/> Abuso di alcool o droghe                 |
| <input type="checkbox"/> Patologia richiedente steroidi                         | <input type="checkbox"/> Diabete mellito                  | <input type="checkbox"/> Xerostomia                               |
| <input type="checkbox"/> Chemioterapia nel periodo di inserimento dell'impianto | <input type="checkbox"/> Malattia endocrina incontrollata | Fumatore: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Altre patologie locali o sistemiche eventualmente significative: \_\_\_\_\_

Allergie: \_\_\_\_\_  Dati non significativi

## 4. INFORMAZIONI CHIRURGICHE (compilare questa sezione solo in caso di impianti resi)

Inserimento manuale  Applicazione meccanica

Osservazioni (per cortesia in stampello): \_\_\_\_\_

Se l'impianto è stato inserito e rimosso lo stesso giorno, è stato inserito un altro impianto con successo nel sito durante l'intervento?  Sì  No

Al momento dell'intervento, quali dei seguenti aspetti erano presenti:

- |  |  |                                 |                                  |                                   |                                  |
|--|--|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malattia parodontale                        | Qualità dell'osso  | <input type="checkbox"/> Tipo I | <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Tipo III | <input type="checkbox"/> Tipo IV |
| <input type="checkbox"/> Malattia della mucosa                       | Applicazione maschiatore?  | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      |                                   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Infezione locale/osteite cronica o subacuta | È stata raggiunta la stabilità primaria?                             | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      |                                   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Complicazione nella preparazione del sito   | L'impianto ha raggiunto l'osteointegrazione?                         | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      |                                   |                                  |
| Quale: _____   | La superficie dell'impianto è stata completamente coperta dall'osso? | <input type="checkbox"/> Sì     | <input type="checkbox"/> No      |                                   |                                  |

È stato effettuato un aumento osseo al momento dell'intervento?

No  Seno crestale  Cresta

Materiale utilizzato: \_\_\_\_\_

È stata usata una membrana RGT?

No  Sì  Riassorbibile  Non riassorbibile

Materiale utilizzato: \_\_\_\_\_

**5. INFORMAZIONI SULL'EVENTO** (compilare questa sezione solo in caso di impianti resi)

Igiene intorno all'impianto  Ottima  Buona  Discreta  Scarsa

**Quale dei seguenti aspetti ha interessato l'evento?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Incidente          | <input type="checkbox"/> Sottodimensionamento della sede dell'impianto | <input type="checkbox"/> Incremento osseo antecedente/contemporaneo |
| <input type="checkbox"/> Sovraccarico biomeccanico | <input type="checkbox"/> Surriscaldamento dell'osso                    | <input type="checkbox"/> Riassorbimento osseo                       |
| <input type="checkbox"/> Bruxismo                  | <input type="checkbox"/> Compressione nervosa                          | <input type="checkbox"/> Peri-implantite                            |
| <input type="checkbox"/> Frattura dell'impianto    | <input type="checkbox"/> Perforazione del seno                         | <input type="checkbox"/> Infezione                                  |
| <input type="checkbox"/> Implantazione immediata   | <input type="checkbox"/> Qualità/quantità inadeguata dell'osso         |   |

Altro (per cortesia in stampatello): \_\_\_\_\_

**Al momento della mancata riuscita dell'impianto, è stato riscontrato** (barrare tutte le voci applicabili):

- |  |                                   |  |                                   |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolore                | <input type="checkbox"/> Gonfiore | <input type="checkbox"/> Sanguinamento | <input type="checkbox"/> Mobilità |
| <input type="checkbox"/> Intorpidimento        | <input type="checkbox"/> Fistola  | <input type="checkbox"/> Infiammazione | Altro: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Aumentata sensibilità | <input type="checkbox"/> Ascesso  | <input type="checkbox"/> Asintomatico  |                                   |

**La protesi è stata inserita?**  Sì  No **In caso affermativo, si prega di compilare la sezione 6.**

Riportare le motivazioni che si pensa possano aver determinato la mancata riuscita/rimozione dell'impianto (in stampatello):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. INFORMAZIONI SULLA PROTESI** (compilare questa sezione solo in caso di abutment e restauri resi)

- Modello  Inserimento  In uso
- Tipo di restauro?  Corona  Ponte RPD:  Superiore  Inferiore  
Completo:  Superiore  Inferiore
- Data di installazione della componente secondaria: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (G/M/A) Data rimozione della componente secondaria: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (G/M/A)
- È stato utilizzato il cricchetto dinamometrico MONO?  Sì  No  Non noto Torque applicato: \_\_\_\_\_ Ncm
- Data di installazione protesi provvisoria: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (G/M/A) Data di installazione protesi definitiva: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (G/M/A)
- È stata eseguita una visita di controllo:  Sì  No

**Descrizione dell'evento** (in stampatello):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. STRUMENTI** (compilare questa sezione solo in caso di strumenti resi)

- Frese utilizzate:  VECTOdrill acciaio  VECTOdrill ceramica  
 Altro Quale : \_\_\_\_\_
- Numero approssimativo di utilizzi (solo strumenti da taglio):  Uso iniziale  2-5 x  6-10 x  10-20 x  Oltre 20 x
- Metodo di pulizia usato:  Manuale  Ultrasuoni  Termodesinfazione Altro: \_\_\_\_\_
- Metodo di sterilizzazione usato:  Autoclave  Calore a secco  Autoclave chimica

**Breve descrizione dell'incidente** (in stampatello):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si prega di restituire il questionario, il prodotto autoclavato ed eventuali radiografie (se pertinente) al proprio partner di distribuzione. **Inviare gli oggetti utilizzando un sacchetto imbottito. In caso contrario, il contenuto potrebbe andare perduto durante la spedizione, con conseguente annullamento del programma di garanzia.** Autoclavare tutti i prodotti (non pulire) ed etichettarli come **sterili**.

Ai sensi dei termini e delle condizioni di Garanzia Thommen Medical, si prega di eseminare la possibilità di sostituire i prodotti sopra elencati.

Firma del medico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_