

# Formulaire de réclamation

*A compléter par la filiale*

Nom de la division DI: \_\_\_\_\_

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: \_\_\_\_\_ **Numéro de réclamation:** \_\_\_\_\_

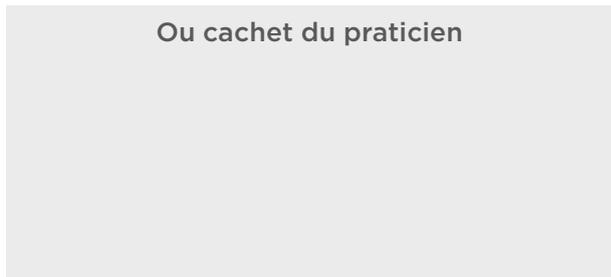
**Client utilisateur** Code client \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_



## Article problématique (implant, composant, outil, etc.)

Astra Tech Implant System     Ankylos     Frialit/ Xive     \_\_\_\_\_

Désignation \_\_\_\_\_ Référence article \_\_\_\_\_ Numéro de lot \_\_\_\_\_  Inconnu

Pièce(s) complémentaire(s) \_\_\_\_\_

## Incident

**Date de l'incident** ----- \_\_\_\_\_

Pas de stabilité primaire     Perte de l'implant     Fracture de l'implant

Autre problème chirurgical ou problème d'insertion (please describe below)

Fracture du pilier     Fracture de vis     Desserrage     Problème d'adaptation

Problème d'instrument (please describe below)

Autre (please describe below)

## Information complémentaire / description

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Position de l'implant en bouche		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
		<input type="checkbox"/>																	
	R		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L
		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		
	<input type="checkbox"/>																		
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

Patient Identifiant \_\_\_\_\_

Hygiène buccale  excellente  acceptable  déficiente

Qualité osseuse  I  II  III  IV

Antécédents médicaux  Fumeur  Diabète  Bruxisme

Habitudes masticatoires/occlusales \_\_\_\_\_

Others \_\_\_\_\_

Date de Insertion de l'implant ----- Implantation immédiate  oui  non

Perte/explantation ----- Mise en charge immédiate  oui  non

Restauration prothétique \_\_\_\_\_ Type de pilier prothétique \_\_\_\_\_

Moment de la perte /  
explantation de l'implant  Pendant la période de cicatrisation  Au 2ème temps chirurgical  Avant la mise en charge définitive  Après la mise en charge définitive

Cicatrisation  Sous-gingivale  Transgingivale

Augmentation  Pré-opératoire  Au moment de la pose de l'implant  Aucun

Matériaux de greffe \_\_\_\_\_

Préparation du site implantaire  Condensation osseuse  Expansion osseuse  Expansion de crête par fracturation osseuse

Forage  Taraudage Autre \_\_\_\_\_

Les résultats de diagnostic avant explantation  Infection  Mobilité  Ostéolyse

Surcharge occlusale  Perte osseuse progressive  Péri-implantite

Traitement prothétique  Prothèse scellée  Prothèse complète amovible  Support implantaire uniquement  Prothèse complète stabilisée

Bridge complet fixe  Bridge partiel fixe  Prothèse partielle amovible  Prothèse transvissée

Prothèse avec support mixte dents-implants  Restauration unitaire

Commentaires supplémentaires \_\_\_\_\_

Eléments inclus  Autres pièces jointes \_\_\_\_\_

L'article sera envoyé par la suite \_\_\_\_\_

L'article ne sera pas renvoyé car \_\_\_\_\_