

Formulaire de retour à compléter en cas d'échec d'implants ou d'implants non-ostéointégrés

Conformément aux dispositions réglementaires, il est obligatoire de documenter les informations sur les réclamations concernant nos produits.

Veuillez retourner la fiche informative de retour dûment complétée et la soumettre dans un délai 90 jours suite à l'échec.

Retour : veuillez renvoyer le questionnaire et les radiographies ainsi que les implants autoclavés et scellés dans une pochette d'expédition remboursée. En cas d'utilisation de composants tiers ou de pièces fabriquées par le laboratoire lui-même sans nos composants de système, tout remboursement est exclu !

1 Information sur le cabinet dentaire

Nom du cabinet dentaire _____ N° Client _____ Implantologiste _____

2 Informations produits et dates d'intervention

Référence produit _____ N° Lot _____ Date de la pose (JJ/MM/AAAA) _____ Site _____ Extraction-implantation immédiate ☐

Prothèse provisoire (JJ/MM/AAAA) _____ Prothèse finale (JJ/MM/AAAA) _____ Explantation/Échec (JJ/MM/AAAA) _____

Composants d'origine (par ex. pilier/ICA/Prep-Cap etc.) : Référence produit _____ N° Lot _____

3 Informations sur le patient

N° Patient _____ Date de naissance _____ ☐ Féminin ☐ Masculin

Antécédents médicaux

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Diabète | ☐ Fumeur/Fumeuse | ☐ Immuno-résistance compromise |
| ☐ Exposition aux rayonnements dans les régions de la tête/nuque | ☐ Problèmes psychologiques | ☐ Consommation abusive de drogues ou d'alcool |
| ☐ Chimiothérapie au moment de l'implantation | ☐ Xérostomie | ☐ Prise des stéroïdes |
| ☐ Troubles des vaisseaux lymphatiques | ☐ Troubles de la coagulation sanguine | ☐ R.A.S. (rien à signaler) |
| ☐ Sécrétion interne incontrôlée | ☐ Allergies : _____ | |
| ☐ D'autres maladies systémiques locales ou chroniques pouvant influencer la pose : _____ | | |

4 Informations sur l'intervention chirurgicale

Description du problème

La stabilité primaire a-t-elle été atteinte ? ☐ Oui ☐ Non

L'implant a-t-il été ostéointégré ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'un condenseur a été utilisé ? ☐ Oui ☐ Non

Insertion de l'implant avec ☐ Clé dynamique ☐ Contre-angle

Qualité osseuse ☐ Type I ☐ Type II ☐ Type III ☐ Type IV

Torque en Ncm _____

Une augmentation a-t-elle été réalisée avant ou lors de l'intervention ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, quel type d'augmentation ? _____

Lorsque l'implant a été posé et explanté le même jour, est-ce que la pose d'un autre implant a été satisfaisante ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Référence produit _____ N° Lot _____

Est-ce que les problèmes suivants ont été constatés durant l'intervention ?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Trauma/accident | ☐ Fracture de l'implant | ☐ Qualité osseuse déficiente |
| ☐ Surcharge biochimique | ☐ Mauvaise hygiène bucco-dentaire | ☐ Antécédent d'augmentation (date) _____ |
| ☐ Surchauffe osseuse | ☐ Explantation immédiate | ☐ Proximité des dents ayant subi un traitement endodontique |
| ☐ Traitement des nerfs | ☐ Péri-implantite | ☐ Infection |
| ☐ Sinus lift | ☐ Autres _____ | |

Au moment de l'échec de l'implant, les problèmes suivants sont survenus (veuillez cocher ce qui est applicable) :

☐ Douleur ☐ Saignement ☐ Gonflement ☐ Engourdissement ☐ Mobilité ☐ Fistule ☐ Asymptomatique ☐ Autres

5 Informations sur la prothèse et charge/contraainte

☐ Prothèse provisoire ☐ Prothèse finale ☐ Prothèse amovible ☐ Couronne ☐ Télescope

☐ Langue ☐ Bruxisme ☐ Mise en charge immédiate ☐ Bridge

Est-ce qu'un pilier de la marque Champions® a été utilisé ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, Référence produit _____ N° Lot _____

Signature/cachet du docteur _____

Date _____