

I. INSTRUCCIONES PARA DEVOLUCIÓN

1. Para el análisis del producto es necesario que el material sea enviado a ML Implant System en un sobre o bolsa para esterilización, identificado, **completamente limpio y desinfectado**.
2. Completar el formulario en letra imprenta mayúscula y enviarlo junto al implante* y las radiografías.

*Nota: se debe enviar un formulario por implante.

***Para la realización de un correcto análisis del producto es necesario que la información solicitada sea proporcionada de forma clara y detallada y que el material sea enviado debidamente acondicionado.
No se aceptarán garantías con datos falsos, si falta información o la misma es poco clara.***

II. DATOS DEL PROFESIONAL:

1. Nombre:
2. Teléfono:
3. Email:
4. Domicilio:
5. País:
6. Provincia / Ciudad:

III. DATOS DE PACIENTE:

1. Nombre:
2. Sexo: Hombre Mujer
3. Edad:
4. Historial médico:

<input type="checkbox"/> a. Fumador	<input type="checkbox"/> m. Bruxismo
<input type="checkbox"/> b. Desordenes sanguíneos	<input type="checkbox"/> n. Hábitos parafuncionales
<input type="checkbox"/> c. Trastornos del metabolismo óseo	<input type="checkbox"/> o. Embarazo y/o lactancia
<input type="checkbox"/> d. Trastornos de coagulación	<input type="checkbox"/> p. Afecciones renales crónicas
<input type="checkbox"/> e. Paciente no cooperativo o no motivado	<input type="checkbox"/> q. Afecciones cardíacas o vasculares
<input type="checkbox"/> f. Infecciones / lesiones / restos radiculares	<input type="checkbox"/> r. Cáncer
<input type="checkbox"/> g. Xerostomía	<input type="checkbox"/> s. Tumores
<input type="checkbox"/> h. Sistema inmunológico debilitado	<input type="checkbox"/> t. Anatomía ósea desfavorable
<input type="checkbox"/> i. Alergias <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> u. Diabetes
<input type="checkbox"/> j. Radioterapia / Quimioterapia	<input type="checkbox"/> v. Enfermedades del tejido conectivo
<input type="checkbox"/> k. Uso de medicamentos	<input type="checkbox"/> w. Otros: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> l. Periodontitis. <input type="text"/>	
5. Higiene oral:

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Deficiente
------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------
6. ¿Qué medicamentos toma el paciente?

IV. DATOS DEL IMPLANTE Y EL PROCEDIMIENTO

1. Los implantes fueron comprados a: ML Distribuidor (nombre):
2. Cantidad de implantes colocados:
3. Cantidad de implantes fracasados:
4. Código:
5. N° de lote:
6. Fecha de colocación: Día / Mes / Año
7. Fecha de exposición del implante: Día / Mes / Año
8. Fecha de adición protésica: Día / Mes / Año
9. Fecha de extracción del implante: Día / Mes / Año

Colocar etiqueta de
identificación

10. Tipo de hueso: I II III IV

11. Zona de colocación: (Marcar con una cruz la posición del implante fallido)

Superior derecha								Superior izquierda							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Inferior derecha								Inferior izquierda							

12. Diámetro de última fresa utilizada:

13. Torque de inserción:

14. Se realizó injerto óseo o técnica complementaria:

15. En qué etapa fracasó el procedimiento o se encontraron problemas con el implante:

16. Tipo de prótesis con que fue rehabilitado

17. Breve descripción del caso:

V. PROBLEMA:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Falla de oseointegración | <input type="checkbox"/> 11. Pérdida de hueso. |
| <input type="checkbox"/> 2. Estabilidad inicial inadecuada. | <input type="checkbox"/> 12. Insatisfacción del paciente. |
| <input type="checkbox"/> 3. Fractura del implante. | <input type="checkbox"/> 13. Movimiento del implante. |
| <input type="checkbox"/> 4. Peri-implantitis. | <input type="checkbox"/> 14. Degeneración de tejido blando. |
| <input type="checkbox"/> 5. Dolor. | <input type="checkbox"/> 15. Inflamación. |
| <input type="checkbox"/> 6. Envase dañado. | <input type="checkbox"/> 16. Edemas. |
| <input type="checkbox"/> 7. Caída del implante durante la colocación. | <input type="checkbox"/> 17. Moretones. |
| <input type="checkbox"/> 8. Selección de medida incorrecta. | <input type="checkbox"/> 18. Infecciones crónicas. |
| <input type="checkbox"/> 9. Ubicación o alineación desfavorable del implante. | <input type="checkbox"/> 19. Infección/es. |
| <input type="checkbox"/> 10. Otros: <input type="text"/> | |

VI. CAUSAS QUE PODRÍAN HABER INFLUENCIADO EN EL CASO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sin causa / Causa desconocida. | <input type="checkbox"/> 8. Carga inmediata. |
| <input type="checkbox"/> 2. Paciente con contraindicaciones. | <input type="checkbox"/> 9. Bruxismo. |
| <input type="checkbox"/> 3. Sobrecarga o estrés biomecánico. | <input type="checkbox"/> 10. Higiene oral deficiente. |
| <input type="checkbox"/> 4. Trauma o accidente. | <input type="checkbox"/> 11. Problemas de instrumentación (sobrefresado, otros). |
| <input type="checkbox"/> 5. Calidad de hueso insuficiente. | <input type="checkbox"/> 11. Infección |
| <input type="checkbox"/> 6. Cantidad de hueso insuficiente. | <input type="checkbox"/> 13. Perimplantitis |
| <input type="checkbox"/> 7. Otros. <input type="text"/> | |

FIRMA/MATRICULA/SELLO:

Día / Mes / Año

VII. DATOS A COMPLETAR POR LA EMPRESA:

N° Seguimiento: <input type="text"/>	Notas: <input type="text"/>
Fecha recepción: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Recibió: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Revisó: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Aprobó <input type="text"/>	<input type="text"/>