

Modulo di Garanzia

1. Anagrafica Cliente

nome del clinico _____ studio _____

indirizzo _____

telefono _____ e-mail _____

consulente di riferimento _____

2. Tipo di impianto

modello	N° Lotto	data inserimento GG / MM / AAAA	data rimozione GG / MM / AAAA

3. Posizionamento impianto

mascellare	dente	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	lunghezza																
	diametro																
mandibolare	dente	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	lunghezza																
	diametro																

4. Informazioni sul paziente

età _____ sesso M F fumatore S N allergie / altre patologie _____

diabete mellito immunoresistenza compressa

patologia richiedente steroidi disturbi di emocoagulazione

disturbi psicologici patologia endocrina

5. Informazioni sull'evento

qualità dell'osso tipo I II III IV _____ maschiatura del sito S N carico immediato S N

stabilità primaria S N osseo integrazione S N

si prega di voler riportare le motivazioni che si pensa possano aver determinato la mancata riuscita/rimozione dell'impianto:

È necessario restituire il presente modulo completo in tutte le sue parti ed il prodotto imbustato ed autoclavato

data _____

firma _____

For internal use only

CSN PSO ASR RPC Info incomplete Std/No