Il presente modulo va compilato con il maggior numero di informazioni e dettagli relativi al paziente e deve contenere timbro e firma del professionista. Il mancato completamento del modulo comporterà la restituzione del prodotto e i costi di trasporto saranno da considerarsi a carico del cliente.

Il professionista dovrà inviare un modulo per ogni prodotto da analizzare. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Le informazioni contrassegnate (**\***) sono mandadorie, quando applicabili al caso clinico.**

**INFORMAZIONI SUL CHIRURGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Nome del Professionista: | | | | |  | | | | | |
| Indirizzo: | | |  | | | | | | | |
| Numero civico: | | | |  | | | | | | |
| CAP: |  | | | | Città: |  | | Prov.: |  | |
| Nazione: | | |  | | | | Telefono: | | |  |
| E-mail: | |  | | | | | | | | |

**INFORMAZIONI SUI PRODOTTI RELATIVI AL CASO CLINICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Codice | Nome Prodotto | \* Lotto # | | | | Quantità |
|  |  | No |  | Si, quale? |  |  |
|  |  | No |  | Si, quale? |  |  |

L’articolo è stato acquistato a suo nome, a nome di una’altra persona della clinica o a nome della clinica?

|  |
| --- |
|  |

**Osservazioni:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E’ Interessato a ricevere il report relativo all’analisi sul prodotto reso? Vuoi ricevere il rapporto di analisi? | | | | | | | | | | | | Si |  | | No |  |
| Vuole lo stesso articolo in sostituzione | Si |  | No |  | Quale? | | |  | | | | | | | | |
| Il prodotto reso in sostituzione verrà spedito allo stesso indirizzo indicato sopra ? | | | | | | Si |  | | No |  | Quale? | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\* **DESCRIZIONE DELL’ EVENTO**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* **TIPOLOGIA DI PROBLEMA** | | | | | | | | |
|  | Fallimento da osteointegrazione | |  | Prodotto Bloccato |  | Prodotto inutilizzabile |  | Rimozione | |
|  | Prodotto non conforme | |  | Deformazione |  | Prodotto ingoiato/aspirato |  | Decesso | |
|  | Mancanza di Stabilità Primaria | |  | Frattura |  | Manipolazione |  | Allergia | |
|  | Altro |  | | | | | | |

**INFORMAZIONI SUL PAZIENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome o codice paziente: | |  | | | | | | | |
| Data di nascita: |  | | Sesso: | Femmina |  | Maschio |  | Peso |  |

*Nota.: Compilare solo se previsto dalla legislazione vigente .*

Indicare con una X la regione nella quale è stato installato l’impianto:

 

Nomenclatura dentale



**8**

**11**

**7**

**12**

**6**

**13**

**5**

**14**

**1**

**18**

**2**

**17**

**16**

**28**

**15**

**27**

**14**

**26**

**12**

**24**

**11**

**23**

**1**

**18**

**10**

**22**

**22**

**13**

**25**

**9**

**21**

**4**

**15**

**3**

**16**

**2**

**17**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**42**

**26**

**32**

**23**

**41**

**25**

**31**

**24**

 

**45**

**29**

**35**

**20**

**34**

**21**

**33**

**22**

**36**

**19**

**48**

**32**

**47**

**31**

**46**

**30**

**44**

**28**

**43**

**27**

**37**

**18**

**38**

**17**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Data dell’installazione dell’impianto: | |  | | | | | | | | (gg/mm/aaaa) | | | | | | | | |
| \* Data della rimozione dell’impianto: | |  | | | | | | | | (gg/mm/aaaa) | | | | | | | | \* Moncone | | | | | |  | | | | | (gg/mm/aaaa) | | | | | | | | |
| \* La rimozione dell’impianto è stata causata da un problema con la componente protesica o strumentale? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si | | |  | | No | |  | |
| \* In caso di rimozione dell’impianto, è stato riposizionato un altro impianto durante la stessa procedura chirurgica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si | | |  | | No | |  | |
| Quale torque è stato applicato e come? | Manuale | | | |  | | | Cricchetto | | | | | |  | | |  | | |  | | | N.cm | | | | | | | | |
| Qualità dell’osso riscontrata? Tipo di osso | | | | | | I | | |  | | | II |  | | | III | | | | |  | IV | | |  | |
| L’impianto è andato perso immediatamente? | | | No |  | | | Si | | | |  | | | | Se sì, c'era una lesione? | | | | | | | | | | | Si | |  | | | No | | |  | |

Quale sequenza frese è stata applicata? Indicare con una X:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Iniziale** | | **Conica 2.0** | | **Conica 3.5** | | **Conica 3.5 +** | **Countersink 3.3** | | **Conica 3.75** | | **Conica 3.75 +** |
|  | | **R** |  | **R** |  |  |  | | **R** |  |  |
| **B** |  | **B** |  | **B** |  |
| **L** |  | **L** |  | **L** |  |
| **Conica 4.3** | | **Conica 4.3 +** | | **Conica 4.3 +** | | **Countersink 4.1** | **Conica 5.0** | | **Conica 5.0 +** | | **Countersink 5.0** |
| **R** |  |  | |  | |  | **R** |  |  | |  |
| **B** |  | **B** |  |
| **L** |  | **L** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Si è verificato qualche tipo di fenestrazione? | | No | | | |  | Si |  | |
| E’ stato effettuato un innesto osseo nella regione? | | No | | | |  | Si |  | | Materiale Utilizzato? | | | | | | |  | | | | | | | |
| \* Data di posizionamento della componente protesica: | | | | Multipla | | | | |  | | Singola | | |  | Angolata | | |  | | Diritta |  | |
| \* Quando è stata posizionata? | Immediatamente | |  | | Successivamente | | | | | | |  | Data: | | |  | | | (gg/mm/aaaa) | | | Non ancora | |  | |

**FATTORI CHE POTREBBERO AVER INFLUENZATO IL VERIFICARSI DELL’EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diabete Mellito | |  | Qualità ossea insufficiente |  | Sovraccarico biomeccanico |
|  | Scarso igiene orale | |  | Quantità di osso insufficiente |  | Immunodeficienza |
|  | Chemioterapia | |  | Perforazione della membrana del seno |  | Allergia/ipersensibilità |
|  | Trauma occlusale | |  | Radiazione Tx (testa/collo) |  | Mancato Controllo delle Occlusioni |
|  | Trauma chirurgico | |  | Surriscaldamento dell’osso |  | Perimplantite |
|  | Infezione | |  | Carico immediato |  | Xerostomia |
|  | Fumatore | |  | Bruxismo |  | L'abuso di alcol |
|  | Farmaci? |  | | | | |
|  | Altre Malattie? |  | | | | |
|  | Altre? |  | | | | |

**LA PERDITA IMPLANTARE E’ STATA ACCOMPAGNATA DAI SEGUENTI EVENTI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Dolore | |  | Fistola |  | Nessun sintomo |
|  | Emorragia | |  | Gonfiore |  | Non sono state effettuate visite di controllo |
| Altre: | |  | | | | | |

**IN CASO DI PRODOTTI RIUTILIZZABILI**

**Quale prodotto è stato utilizzato per la pulizia?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Detersivo enzimático | | |  | Clorexidina 2% | | |  | | Glutaraldeide |  | Soluzione salina |
|  | Etanolo 70% |  | Perossido d’Idrogeno | | |  | Altre? | |  | | | | |

**Metodo utilizzato?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Manuale |  | Ultrasuoni |

**Quale material è stato utilizzato in antisepsi?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Spazzola in Nylon |  | Spugna Multiuso |  | Spazzola in acciaio |  | Spugna in acciaio |

**Ha riscontrato difficoltà nell’utilizzare lo strumento?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**CONSENSO**

Dichiaro che le informazioni sopra riportate sono veritiere e coerenti con il trattamento effettuato.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data: |  | |
| Firma: |  | |
| Nome della persona responsabile delle informazioni fornite: | |  |

**DICHIARAZIONE DI STERILIZZAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Io sottoscritto, |  | , certifico che gli strumenti descritti nel |

presente modulo sono stati adeguatamente sterilizzati nel pieno rispetto degli standard vigenti, prima di essere spediti per la stesura della relazione tecnica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Metodo di sterilizzazione | | | |  | Vapore saturo ad alta pressione (autoclave) | | | | | | | | | | |
| Numero di lotto dell’indicatore biologico (Bacillus stearothermophilus) | | | | | | | | |  | | | | |
| Risultato dell’indicatore biologico: | | | | | |  | SODDISFACENTE (nessuna crescita dell’indicatore biologico) | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | INSODDISFACENTE (crescita dell’indicatore biologico) | | | | | | | | |
| Data della sterilizzazione: | | |  | | | | | | | | | | | |
| Modello dell’apparecchiatura di sterilizzazione: | | | | | | | |  | | | Numero di serie: | |  |
| Produttore: | |  | | | | | | | | Capacità (litri): | |  | |
| Responsibile della sterilizzazione: | | | | |  | | | | | | | | |
| Firma: |  | | | | | | | | | | | | |

**ATTENZIONE! Modalità di invio dei prodotti per l’analisi**

1. Per la la stesura di relazioni tecniche, i prodotti devono essere spediti:
2. **presso il Distributore NUVO autorizzato**2. Per l’analisi del prodotto il materiale deve essere inviato a NUVO/DISTRIBUTORE AUTORIZZATO adeguatamente imballato in carta chirurgica autoadesiva con foglio laminato, con conferma della sterilizzazione per mezzo di um nastro specifico per autoclave;

3. Tutti i prodotti devono essere spediti a NUVO/DISTRIBUTORE AUTORIZZATO perfettamente puliti e sterilizzati, insieme al modulo di garanzia compilato e con i seguenti documenti:

a) Copia della fatura di acquisto del prodotto;

b) Modulo di garanzia compilato com tutti i dati richiesti;

c) Copia della cartela clinica del cliente;

d) Radiografie periapicali o panoramiche, le quali verranno restituite al professionista una volta conclusa l’analisi da parte di NUVO.

**NOTA: Se la Legislazione per motivi di privacy non lo consente, non è necessario riportare questi dati.**

**4. I prodotti non adeguatamente puliti, sterilizzati o senza la rispettiva dichiarazione di sterilizzazione compilata, non verranno ricevuti e accettati per l’analisi e la richiesta di sostituzione verrà respinta.**

5. Il professionista si assume il costo della sterilizzazione effettuata da terzi per prodotti spediti senza aver rispettato le istruzioni sopra riportate

6. La preparazione della relazione tecnica da parte di NUVO verrà effettuata entro 45 giorni, a condizione che tutti i requisiti descritti nel presente modulo siano stati soddisfatti.

7. Il prodotto reso verrà sostituito con un prodotto equivalente

8. Le informazioni fornite per la revisione sono considerate confidenziali e non saranno divulgate.

In caso di ulteriori domande, contattare il distributore autorizzato.