

FORMULAIRE DE RECLAMATION - PRODUITS D'IMPLANTOLOGIE

Conditions de traitement de la réclamation :

- Formulaire dûment complété et adressé à Anthogyr dans un **délai ≤ 90 jours** suivant date de l'incident
- Produit(s) **OBLIGATOIREMENT** retourné(s) **nettoyé(s), décontaminé(s) et stérilisé(s)**

1 - DEMANDEUR :

PRATICIEN PROTHÉSISTE AUTRE

Nom :

Prénom :

Téléphone : + / / / /

Email :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Pays :

2 - PATIENT :

Merci d'attribuer un **numéro d'identification patient** permettant de garder l'**anonymat** de toutes les données transmises dans le dossier afin de respecter le secret médical. Par ailleurs Anthogyr s'engage à respecter les exigences du **Règlement Général sur la Protection des données (RGPD)** entré en vigueur le 25 Mai 2018.

ID patient : Femme Homme Date de naissance :

- RAS
 Fumeur
 Diabète
 Maladie parodontale
 Problèmes cardiovasculaires
 Bruxisme

- Chimiothérapie récente
 Alcool
 Mauvaise hygiène
 Faible quantité osseuse
 Faible qualité osseuse
 Infection

3 - PRODUIT(S) :

Réf. Produit / No. de dossier CAD-CAM	No. Lot / No. série	Date Pose (JJ/MM/AA)	Date Retrait (JJ/MM/AA)	Site dentaire	Produit utilisé en bouche (Oui ou Non)

SI PROTHÈSE PERSONNALISÉE SIMEDA® / CONNECT®+	Coordonnées Laboratoire	ID patient	
		No. de WebOrder	

4 - INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'INCIDENT :

À quel moment est survenu l'incident ?

- À l'ouverture du conditionnement
 En chirurgie
 Lors de la prise d'empreinte

- Lors de la réalisation prothétique :
 en laboratoire
 au cabinet
 Lors de la pose de la prothèse
 Lors de la maintenance de la prothèse

Quel incident avez-vous rencontré ?

.....

.....

.....

5 - INFORMATIONS DETAILLEES SUR L'INCIDENT POUR SYSTÈME IMPLANTAIRE :

5.a. Mise en place de l'implant

- Densité osseuse : D1 D2 D3 D4
- Protocole de forage : Ogris Overt Orouge Ojaune Oblanc Obleu
- Taraudage : oui non
- Pose de l'implant : Au contre angle à 100%
 Manuelle
 Insertion au contre angle et fin de vissage manuel
- Couple de vissage : N.cm
- Chirurgie post extractionnelle : oui non
- Chirurgie : 1 temps 2 temps
- Mise en charge : Immédiate Précoce Différée
- Date de la mise en charge :

5.b. Statut de l'implant

- Avez-vous été amené à explanter l'implant ?
 oui non
- Si oui, était-ce pendant le même acte chirurgical de sa pose ?
 oui non
- Avez-vous pu poser un nouvel implant de remplacement au cours de l'intervention originelle de pose ?
 oui non

6 - INFORMATIONS DETAILLEES SUR L'INCIDENT POUR COMPOSANT PROTHETIQUE :

Merci de joindre une radiographie AVEC PROTHESE EN PLACE (rétro-alvéolaire, panoramique) EN PRENANT SOIN DE GARDER L'ANONYMAT DE VOTRE PATIENT, afin de respecter le secret médical. Par ailleurs Anthogyr s'engage à respecter les exigences du Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) entré en vigueur le 25 Mai 2018.

		Réf. produit :		Réf. produit :	
		
INSTRUMENT UTILISÉ	COUPLE DE VISSAGE N.cm	 N.cm	
	Clé de vissage utilisée	Sphérique	Hexa	Sphérique	Hexa
	Clé manuelle à cliquet réversible (INCC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Clé à cliquet dynamométrique de prothèse (INCCD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C.A dynamométrique TORQ CONTROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	À la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre (à préciser)				
	Date du dernier contrôle d'occlusion (JJ / MM / AA)				
	Avez-vous utilisé un kit de dépannage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel ?	
	Restoration	<input type="checkbox"/> Provisoire	<input type="checkbox"/> Définitive	<input type="checkbox"/> Unitaire	<input type="checkbox"/> Plurale
Situation antagoniste	<input type="checkbox"/> Dent naturelle <input type="checkbox"/> Édentement <input type="checkbox"/> Prothèse sur implants, précisez la matière :				

7 - INFORMATIONS DETAILLEES SUR L'INCIDENT POUR ANCILLAIRE :

Nombre d'utilisation(s)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10-20	<input type="checkbox"/> > 20
Nature de l'incident	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement	<input type="checkbox"/> Matage	<input type="checkbox"/> Casse	
	<input type="checkbox"/> Autre :			

Date : / /

Signature du client :

(si autre indiquer le nom et le statut de la personne qui a effectué le retour)