

Ce formulaire couvre l'ensemble des produits d'implantologie vendus par le groupe Anthogyr qu'ils appartiennent ou non au programme ANTHOGRYR SERENITY®.

DATE DE LA RECLAMATION ...../...../.....

**\* informations obligatoires pour prise en charge**

DATE DE L'INCIDENT ...../...../.....

### 1. IDENTIFICATION CLIENT\*

N° DE COMPTE CLIENT : .....	CP : .....
NOM : .....	VILLE : .....
PRENOM : .....	PAYS : .....
ADRESSE : .....	TELEPHONE : + ..... / ..... / ..... / ..... / .....
.....	E-MAIL : .....

### 2. CONDITIONS D'ENVOI\*

DECONTAMINATION STERILISATION	Le produit a été renvoyé : nettoyé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	décontaminé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	stérilisé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<p><b>En présence d'un produit non décontaminé ET non stérilisé, Anthogyr se réserve le droit de ne pas appliquer de garantie (cf. Programme Anthogyr Serenity paragraphe 3. Exclusion de garantie) ou de ne pas prendre en charge la réclamation.</b></p>		

### 3. TYPE DE PRISE EN CHARGE

Échec implantaire (aller aux points 4, 5 et 6)
  Défaut mécanique (renseigner tous les points sauf le 9)
  Autre : .....

### 4. PRODUITS

TYPE DE PRODUIT*	SYSTÈME :						
		<input type="checkbox"/> Axiom® REG	<input type="checkbox"/> Axiom® PX	<input type="checkbox"/> Axiom® 2.8	<input type="checkbox"/> Anthofit®	<input type="checkbox"/> Ossfit®	<input type="checkbox"/> Autre : .....
	COMPOSANT :						
	<input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Composant prothétique standard	<input type="checkbox"/> Composant prothétique personnalisé CAD/CAM Sameda®	<input type="checkbox"/> Ancillaire (aller au point 9)			

	PRODUIT 1	PRODUIT 2	PRODUIT 3
Désignation			
Ref article/N° de dossier CAD-CAM*			
N° de lot*			
Qté*			
Date de pose*			
Date de retrait Date d'identification défaut*			

### 5. DESCRIPTION DE L'INCIDENT

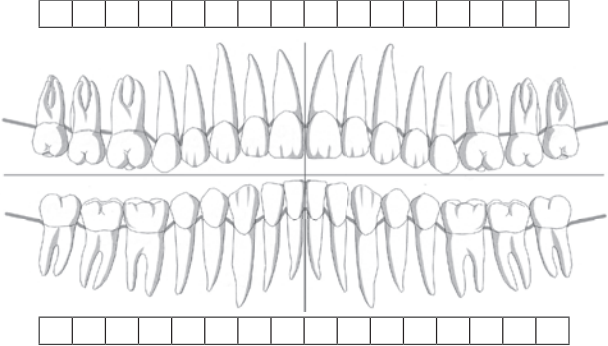
STADE DU TRAITEMENT	Produit utilisé en bouche :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	Survenue de l'incident* :	<input type="checkbox"/> A réception du produit	<input type="checkbox"/> En chirurgie	<input type="checkbox"/> Prise d'empreinte	<input type="checkbox"/> Réalisation prothétique
		<input type="checkbox"/> Mise en place de la prothèse			
	Nature de l'incident* :	<input type="checkbox"/> Echec implantaire (fin de la déclaration)	<input type="checkbox"/> Défaut mécanique	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Casse du composant prothétique personnalisé CAD-CAM Sameda®
Conséquence(s) liée(s) à l'incident :	<input type="checkbox"/> Remplacement du produit	<input type="checkbox"/> Remplacement de l'implant initialement posé	<input type="checkbox"/> Reprise de la restauration	<input type="checkbox"/> Réalisation d'une nouvelle prothèse en laboratoire	

Compléments : .....

.....

.....

### 6. DESCRIPTION/INFORMATION SUR LE CAS (à remplir uniquement pour les retours d'implants ou de composants prothétiques)

<b>DONNEES PATIENTS*</b>	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	Age* : .....
<b>ANTECEDENTS*</b>	<input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie récente	
	<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Alcool	
	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Mauvaise hygiène	
	<input type="checkbox"/> Maladie parodontale	<input type="checkbox"/> Faible quantité osseuse	
	<input type="checkbox"/> Problèmes cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Faible qualité osseuse	
	<input type="checkbox"/> Bruxisme	<input type="checkbox"/> Infection	
<b>EXAMEN CLINIQUE*</b>	<b>Radiographie</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<b>Type de radiographie</b>	<input type="checkbox"/> Retro alvéolaire	<input type="checkbox"/> Panoramique <input type="checkbox"/> Cone beam
	<b>Radiographie fournie au dossier de retour</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>SITE*</b>		<b>Densité osseuse :</b> <input type="checkbox"/> Très dense <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Peu dense	

### 7. DESCRIPTION/INFORMATION SUR L'INTERVENTION (à remplir uniquement pour les retours d'implants)

<b>DESCRIPTION INTERVENTION</b>	<b>Situation antagoniste</b>	<input type="checkbox"/> Dent naturelle	<input type="checkbox"/> Prothèse unitaire	<input type="checkbox"/> Prothèse plurale	<input type="checkbox"/> Pas de dent
	<b>Type d'intervention*</b>	<input type="checkbox"/> Unitaire	<input type="checkbox"/> Plurale		
	<b>Nombre d'interventions*</b>	<input type="checkbox"/> 1 temps	<input type="checkbox"/> 2 temps		
	<b>Chirurgie post extractionnelle*</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
	<b>Chirurgies associées*</b>	<input type="checkbox"/> Comblement	<input type="checkbox"/> ROG	<input type="checkbox"/> Greffe	<input type="checkbox"/> Soulevé de sinus
		<input type="checkbox"/> Osteotomie	<input type="checkbox"/> Autre : .....		
	<b>Diamètre du foret terminal</b>	..... mm			
	<b>Taraudage*</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
	<b>Pose de l'implant*</b>	<input type="checkbox"/> Au contre angle à 100%	<input type="checkbox"/> Manuelle	<input type="checkbox"/> Insertion au contre-angle et fin de vissage manuel	
	<b>Couple de vissage*</b>	..... N.cm			
<b>Mise en charge*</b>	<input type="checkbox"/> Immédiate	<input type="checkbox"/> Précoce	<input type="checkbox"/> Différée		
<b>Date de la mise en charge*</b>	..... /..... /.....				

### 8. DESCRIPTION/INFORMATION POUR LES PROTHESES Simedax® (à remplir uniquement pour les retours de composants Simedax®)

<b>INFORMATIONS LABORATOIRE ET PATIENT*</b>		LABORATOIRE	PATIENT
	Raison Sociale ou Nom et prénom		
	Adresse		
	Ville		
	Code Postal		
	Pays		

## 9. INSTRUMENTS/ANCILLAIRES (à remplir uniquement pour un retour comprenant des ancillaires)

	Quantité*	N° de référence/Désignation*	N° de lot*	Date d'achat*	Dernière utilisation
PRODUIT 1				..... /..... /.....	..... /..... /.....
PRODUIT 2				..... /..... /.....	..... /..... /.....
PRODUIT 3				..... /..... /.....	..... /..... /.....
PRODUIT 4				..... /..... /.....	..... /..... /.....

<b>UTILISATION</b>	Nombre d'utilisations *	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> 10-20	<input type="checkbox"/> >20
	Méthode de nettoyage*	<input type="checkbox"/> Manuel	<input type="checkbox"/> Ultrasons	<input type="checkbox"/> Thermodésinfection	<input type="checkbox"/> Autre : .....
	Produit utilisé en bouche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>ORIGINE DU RETOUR</b>	Survenue de l'incident *	<input type="checkbox"/> A réception du produit	<input type="checkbox"/> En chirurgie	<input type="checkbox"/> Réalisation prothétique	
	Nature de l'incident	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement	<input type="checkbox"/> Matage	<input type="checkbox"/> Casse	

### COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : ..... /..... /.....

Signature du client :

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

**Le questionnaire et les produits sont à retourner chez Anthogyr ou Sameda® selon les composants concernés.**