

I campi contrassegnati con * sono obbligatori, compilare gli altri campi se necessario.

Inviare un modulo per paziente.

Dettagli clinica/cliente			
Nome della clinica*		Codice Cliente*	
Strada		Contatto e-mail*	
Città		Nome del contatto	
CAP		Telefono	
Nazione*			

Informazioni sul prodotto (Completa una riga per elemento)					
Numero dell'articolo*	Nome dell'articolo	Numero di lotto*	Data di primo utilizzo (DD/MM/YYYY)	Data del problema* (DD/MM/YYYY)	Posizione dell'impianto **

** Posizione dei denti secondo FDI, se applicabile.

Descrizione dell'evento		
Tipo di evento*	<input type="checkbox"/> Fallimento dell'osteointegrazione, prima del restauro	<input type="checkbox"/> Fallimento dell'osteointegrazione, dopo il restauro
	<input type="checkbox"/> Frattura dell'impianto	<input type="checkbox"/> Frattura della viti
	<input type="checkbox"/> Frattura dei pilastri	<input type="checkbox"/> Nessuna stabilità primaria
	<input type="checkbox"/> Problema relativo alla confezione, alla contaminazione o all'etichetta	<input type="checkbox"/> Istruzioni per l'uso
	<input type="checkbox"/> Problema relativo allo strumento/accessori	<input type="checkbox"/> Altro
Descrizione dell'evento*		
L'evento ha portato a uno dei seguenti eventi: morte del paziente, malattia pericolosa per la vita o compromissione permanente di una funzione corporea?*	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
Il dispositivo ha causato o contribuito all'evento?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
L'impianto è stato ripristinato con protesi originali Neoss?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
Tipo di protesi	<input type="checkbox"/> Corona singola	<input type="checkbox"/> Ponte parziale
	<input type="checkbox"/> Ponte ad arco intero	<input type="checkbox"/> Overdenture
Protesi temporanea o permanente	<input type="checkbox"/> Temporaneo	<input type="checkbox"/> Permanente

Informazioni sul paziente				
Igiene orale	<input type="checkbox"/> Eccellente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Scarsa
Storia medica	<input type="checkbox"/> Fumatore	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Parodontite	<input type="checkbox"/> Osteoporosi
	<input type="checkbox"/> Farmaci che influenzano la guarigione	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Bruxismo o serraggio	

Firma	Data (DD/MM/YYYY)

Si prega di restituire il modulo compilato e il prodotto all'indirizzo dell'ufficio locale indicato su: www.neoss.com/support

NOTA#01: sterilizzare TUTTI gli articoli in una busta/pacchetto sigillato che, una volta restituito, mostrerà la prova di sterilità. Se si sterilizza un impianto, rimuoverlo dall'ampolla/contenitore di vetro prima della sterilizzazione! Non restituire alcun impianto nell'ampolla/contenitore di vetro.

NOTA#02: utilizzare una busta imbottita per restituire gli articoli per evitare danni.