

## FORMULAIRE DE GARANTIE DE QUALITÉ DU PRODUIT

## INFORMATIONS RELATIVES À L'ENVOI DU FORMULAIRE

Veuillez remplir un formulaire par patient et l'envoyer au service Qualité par l'un des moyens suivants :

- Courrier électronique : [garantiacalidad@phibo.com](mailto:garantiacalidad@phibo.com)
- Messagerie ou courrier recommandé : Gato Pérez 3-9, Pol. Ind. Mas d'en Cisa, C.P. 08181 Sentmenat, Barcelone.
- Si vous le souhaitez, vous pouvez également nous contacter par téléphone au numéro suivant : **+34 93 715 19 58**

## INFORMATIONS RELATIVES AU CLIENT

Raison sociale ou SIREN   
 N° ordre du laboratoire   
 Personne de contact   
 Nom du médecin ou du prothésiste   
 Téléphone de contact

## INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

N° dossier  Consommation de drogues   
 Âge du patient  Bruxisme   
 Sexe : Femme  Homme  Diabète   
 Qualité osseuse : I  II  III  IV  Pathologies parodontales   
 Fumeur  Pathologies infectieuses   
 Manque d'hygiène buccale

## DESCRIPTION DU CAS

Veuillez faire une brève description du cas et indiquer les éventuelles pathologies du patient :

## DÉTECTION DU CAS

- Veuillez indiquer à quel moment le cas a été détecté :  
 À la réception du produit   
 Pendant sa manipulation en laboratoire ou au cabinet   
 Pendant son insertion chez le patient   
 Après l'insertion chez le patient   
 L'utilisation du kit de secours a-t-elle été nécessaire ? Oui  Non   
 L'utilisation du conformateur a-t-elle été nécessaire ? Oui  Non

## DOCUMENTATION DU CAS

Veuillez indiquer les actions entreprises pour le cas :

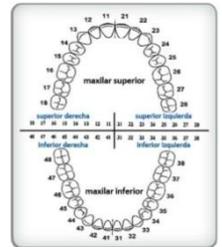
- Retour du produit défectueux en vue de son analyse
- Radiographies préopératoires et postopératoires

Veuillez indiquer la traçabilité des produits CAD-CAM :

- Renvoi fichier Oui  Non  N° fichier d'origine
- Nouveau scanner Oui  Non  N° nouveau fichier

## TRAÇABILITÉ DU PRODUIT

Référence du produit	N° Lot/Série	Date insertion (Jour/Mois/Année)	Date incidence (Jour/Mois/Année)	Position
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## INFORMATIONS PROTHÉTIQUES

- **Matériau**  
 CrCo  Titane  Zirconium   
 IPS-emax  Titane doré  Zirconium translucide   
 PMMA  Cire
- **Prothèse**  
 Couronne vissée  Couronne cimentée  Dentier   
 Bridge vissé  Bridge cimenté  Hybride   
 Partielle amovible  Complète  N° pièces
- **Structure**  
 Coulée  CAD-CAM
- **Utilisation d'analogues d'origine**  
 Oui  Non
- **Utilisation de pilier**  
 Oui  Réf. :  Non
- **Date pose de la prothèse :**

## INFORMATIONS CLINIQUES

- Veuillez indiquer si le patient a développé :  
 une péri-implantite   
 une infection
- **Instruments**  
 Moins de 10 utilisations   
 Plus de 10 utilisations   
 Nettoyage manuel   
 Nettoyage par ultrasons   
 Stérilisation par chaleur sèche   
 Stérilisation en autoclave   
 Application manuelle du couple   
 Application mécanique du couple   
 Couple appliqué (Newtons)

## INFORMATIONS CHIRURGICALES

- Veuillez indiquer s'il y a eu :  
 un défaut de parallélisme entre les implants   
 l'utilisation d'un taraud lors de l'insertion   
 une élévation du sinus   
 une utilisation de biomatériaux   
 une utilisation de pilier de cicatrisation   
 une charge immédiate   
 un implant après l'extraction