

## 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

Âge du patient

Sexe : Femme  Homme

Qualité osseuse : I  II  III  IV

Fumeur

Consommation de drogues

Bruxisme

Diabète

Pathologies parodontales

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 :

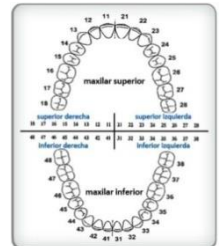
- Retour du produit défectueux en vue de son analyse
- Radiographies préopératoires et postopératoires

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"/>



### INFORMATIONS PROTHÉTIQUES

- **Matériau**
  - CrCo
  - IPS-emax
  - PMMA
  - Titane
  - Titane doré
  - Cire
  - Zirconium
  - Zirconium translucide
- **Prothèse**
  - Couronne vissée
  - Bridge vissé
  - Partielle amovible
  - Couronne cimentée
  - Bridge cimenté
  - Complète
  - Dentier
  - Hybride
  - 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