

FORMULARIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE PRODUCTO

INFORMACIÓN DE ENVÍO

Por favor, cumplimentar un formulario por paciente y enviarlo a la atención del Departamento de Calidad por una de estas vías:

- Email: garantiacalidad@phibo.com
- Mensajería o correo certificado: Gato Pérez 3-9, Pol. Ind. Mas d'en Cisa, C.P. 08181 Sentmenat, Barcelona.
- Si lo desea, también puede contactarnos por vía telefónica en el teléfono **+34 93 715 19 58**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón social o NIF

Nº orden laboratorio

Persona de contacto

Nombre Dr. o Protésico

Teléfono de contacto

Email de contacto

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nº historial

Edad paciente

Sexo: Mujer Hombre

Calidad ósea: I II III IV

Fumador

Consumo de drogas

Bruxismo

Diabetes

Patologías Periodontales

Patologías Infecciosas

Falta de Higiene Bucal

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Por favor, haga una breve descripción del caso e indique patologías relevantes del paciente:

DETECCIÓN DEL CASO

- Por favor, indique el momento en que se detectó el caso:

A la recepción del producto

Durante manipulación en laboratorio o clínica

Durante su inserción en paciente

Posterior a su inserción en paciente

Ha sido necesario el uso de kit de rescate: Sí No

Ha sido necesario el uso de conformador: Sí No

DOCUMENTACIÓN DEL CASO

Por favor, indique las acciones de soporte del caso:

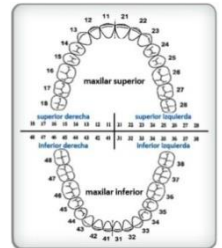
- Devolución del producto afectado para su análisis
- Radiografías pre-operatorias y post-operatorias

En productos CAD-CAM indicar la trazabilidad:

- Reenvío archivo Sí No Nº archivo original
- Reescaneo Sí No Nº archivo nuevo

TRAZABILIDAD DEL PRODUCTO

| Referencia de producto | Nº Lote/Serie | Fecha Inserción (Día/Mes/Año) | Fecha Incidencia (Día/Mes/Año) | Posición |
|------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| <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"/> |



INFORMACIÓN PROTÉSICA

• Material

CrCo Titanio Zirconio

IPS-emax Titanio dorado Zirconio translúcido

PMMA Cera

• Prótesis

Corona atorn. Corona cement. Sobre-dentadura

Puente Atorn. Puente Cement. Híbrida

PPR Completa NºPzas

• Estructura

Colada CAD-CAM

• Uso de análogos originales

Sí No

• Uso de pilar

Sí Ref: No

• Fecha colocación prótesis:

INFORMACIÓN CLÍNICA

- Por favor, indique si se ha desarrollado:

Periimplantitis

Infección

- Instrumental

Menos de 10 usos

Más de 10 usos

Limpieza manual

Limpieza por ultrasonidos

Esterilización por calor seco

Esterilización por autoclave

Torque aplicado manual

Torque aplicado mecánico

Torque aplicado (Newtons)

INFORMACIÓN QUIRÚRGICA

- Por favor, indique si se ha realizado:

Disparalelismo entre implantes

Uso macho de roscar en inserción

Elevación de seno

Uso de biomateriales

Uso de pilar de cicatrización

Carga inmediata

Implante post-extracción