

FORMULARIO DE GARANTÍA DE CALIDADE DE PRODUTO

INFORMACIÓN DE ENVÍO

Por favor, completar o formulario por paciente e enviar a atención do Departamento de Qualidade por uma 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.
- Se desexar, tambe pode contactar por vía telefónica ao número +351 220995600

INFORMACÃO DO CLIENTE

Razón social o NIF

Nº ordem laboratorio

Pessoa de contato

Nome Dr. o Protésico

Teléfono de contato

Email de contato

INFORMACÃO DO PACIENTE

Nº historial

Idade paciente

Sexo: Mulher Homem

Qualid. ósea: I II III IV

Fumante

Consumo de drogas

Bruxismo

Diabetes

Patologías Periodontais

Patologías Infecciosas

Falta de Higiene Oral

DESCRICÃO DO CASO

Por favor, faça uma breve descrição do caso e indique as patologias relevantes do paciente:

DETECÇÃO DO CASO

• Por favor, indique o momento em que se detetou o caso:

Na receção do produto

Durante manipulação no laboratorio ou clínica

Durante a inserção no paciente

Posterior à sua inserção no paciente

Foi necessário o uso de kit de resgate: Sí Não

Foi necessário o uso de conformador: Sí Não

DOCUMENTACÃO DO CASO

Por favor, indique as ações de suporte do caso:

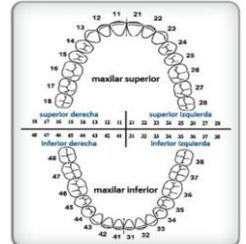
- Devolução do produto afetado para análise
- Radiografias pré-operatórias e pós-operatórias

Em produtos CAD-CAM indicar a informação de rastreio:

- Reenviou arquivo Sí Não Nº arquivo original
- Voltou a scanear Sí Não Nº arquivo novo

INFORMACÃO DO PRODUTO

Referência de produto	Nº Lote/Série	Data Inserção (Dia/Mês/Ano)	Data Incidência (Dia/Mês/Ano)	Posição
<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"/>



INFORMACÃO PROTÉSICA

- **Material**
 - CrCo
 - IPS-emax
 - PMMA
 - Titânio
 - Titânio dourado
 - Cera
 - Zircónio
 - Zircónio translúcido
- **Prótese**
 - Coroa aparafusada
 - Ponte aparafusado
 - Híbrida
 - Coroa ciment.
 - Ponte ciment.
 - Completa
 - Sobre-dentadura
 - Híbrida
 - Nº Peças
- **Estrutura**
 - Fundição
 - CAD-CAM
- **Uso de análogos originais**
 - Sí
 - Não
- **Uso de pilar**
 - Sí
 - Ref:
 - Não
- **Data colocação prótese:**

INFORMACÃO CLÍNICA

- Por favor, indique se ocorreu:
 - Periimplantitis
 - Infeção
- **Instrumental**
 - Menos de 10 usos
 - Más de 10 usos
 - Limpeza manual
 - Limpeza por ultra-sons
 - Esterilização por calor seco
 - Esterilização por autoclave
 - Torque aplicado manual
 - Torque aplicado mecânico
 - Torque aplicado (Newtons)

INFORMACÃO CIRURGICA

- Por favor, indique se realizou:
 - Desparalelismo entre implantes
 - Uso do macho de rosca na inserção
 - Elevação de seio
 - Uso de biomateriais
 - Uso de pilar de cicatrização
 - Carga imediata
 - Implante pós-extração