

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	<input type="text"/>
Nº orden laboratorio	<input type="text"/>
Persona de contacto	<input type="text"/>
Nombre Dr. o Protésico	<input type="text"/>
Teléfono de contacto	<input type="text"/>
Email de contacto	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nº historial	<input type="text"/>	Consumo de drogas	<input type="checkbox"/>		
Edad paciente	<input type="text"/>	Bruxismo	<input type="checkbox"/>		
Sexo: Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>		
Calidad ósea: I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	Patologías Periodontales	<input type="checkbox"/>
Fumador <input type="checkbox"/>		Patologías Infecciosas	<input type="checkbox"/>	Falta de Higiene Bucal	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
Durante manipulación en laboratorio o clínica	<input type="checkbox"/>
Durante su inserción en paciente	<input type="checkbox"/>
Posterior a su inserción en paciente	<input type="checkbox"/>
Ha sido necesario el uso de kit de rescate:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha sido necesario el uso de conformador:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DOCUMENTACIÓN DEL CASO

Por favor, indique las acciones de soporte del caso:

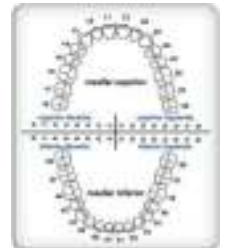
- Devolución del producto afectado para su análisis
- Radiografías pre-operatorias y post-operatorias

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
 - IPS-emax
 - PMMA
 - Titanio
 - Titanio dorado
 - Cera
 - Zirconio
 - Zirconio translúcido
- **Prótesis**
 - Corona atorn.
 - Puente Atorn.
 - PPR
 - Corona cement.
 - Puente Cement.
 - Completa
 - Sobre-dentadura
 - Híbrida
 - NºPzas
- **Estructura**
 - Colada
 - CAD-CAM
- **Uso de análogos originales**
 - Sí
 - No
- **Uso de pilar**
 - Sí
 - 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