

FORMULARIO DI GARANZIA DI QUALITA' DEL PRODOTTO

INFORMAZIONI DI INVIO

Per favore, completare il formulario per paziente e inviarlo all'attenzione del Dipartimento di Qualità:

- Email: garantiacalidad@phibo.com
- Posta certificata: Gato Pérez 3-9, Pol. Ind. Mas d'en Cisa, C.P. 08181 Sentmenat, Barcelona.

INFORMAZIONE CLIENTE

Ragione Sociale o P. IVA	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Nº ordine laboratorio	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Persona di contatto	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Nome del Dr.o Tecnico	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Telefono di contatto	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Email di contatto	<input style="width: 80%;" type="text"/>

INFORMAZIONI PAZIENTE

Nº Storico	<input style="width: 60%;" type="text"/>		Uso di droga	<input type="checkbox"/>					
Età del paziente	<input style="width: 60%;" type="text"/>		Bruxismo	<input type="checkbox"/>					
Sesso: Donna	<input type="checkbox"/>	Uomo	<input type="checkbox"/>	Diabete	<input type="checkbox"/>				
Qualità Ossea: I	<input type="checkbox"/>	II	<input type="checkbox"/>	III	<input type="checkbox"/>	IV	<input type="checkbox"/>	Patologie Parodontali	<input type="checkbox"/>
								Patologie infettive	<input type="checkbox"/>
								Mancanza di igiene orale	<input type="checkbox"/>

DESCRIZIONE DEL CASO

Per favore, inserisca una breve descrizione del caso:

RILEVAMENTO DEL CASO

Per favore, indichi il momento in cui si è riscontrato il problema:

Alla ricezione del prodotto	<input type="checkbox"/>
Durante la gestione del prodotto in laboratorio o in clinica	<input type="checkbox"/>
Durante l'inserimento su paziente	<input type="checkbox"/>
Posteriore all'inserimento su paziente	<input type="checkbox"/>

E' stato necessario l'uso del kit di estrazione: Sí No

E' stato necessario l'uso del rifelettore: Sí No

DOCUMENTAZIONE DEL CASO

Per favore, indichi le azioni a supporto del caso:

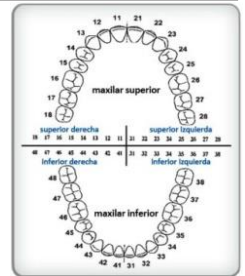
- Reso del prodotto per analisi
- Radiografia pre e post operatoria

Per i prodotti CAD-CAM indicare la tracciabilità:

- Invio archivio Sí No Nº archivio originale
- Nuova Scansione Sí No Nº archivio nuovo

TRACCIABILITA' DEL PRODOTTO

Referenza del prodotto	Nº Lotto/Serie	Data Inserimento	Data del Problema	Posizione
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>



INFORMAZIONE PROTESICA

- **Materiale**

CrCo	<input type="checkbox"/>	Titanio	<input type="checkbox"/>	Zirconio	<input type="checkbox"/>
IPS-emax	<input type="checkbox"/>	Titanio dorado	<input type="checkbox"/>	Zirconio translúcido	<input type="checkbox"/>
PMMA	<input type="checkbox"/>	Cera	<input type="checkbox"/>		
- **Protesi**

Corona atorn.	<input type="checkbox"/>	Corona cement.	<input type="checkbox"/>	Sobre-dentadura	<input type="checkbox"/>
Ponte	<input type="checkbox"/>	Ibrida	<input type="checkbox"/>	PPR	<input type="checkbox"/>
Completa	<input type="checkbox"/>	Nº Pezzi	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
- **Struttura**

Colada	<input type="checkbox"/>	CAD-CAM	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	---------	--------------------------
- **Uso analogo originale**

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------
- **Uso del pilastro**

Sí	<input type="checkbox"/>	Ref:	<input style="width: 100px;" type="text"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--	----	--------------------------

INFORMAZIONI CLINICHE

- Per favore, indichi se si è riscontrato:
 - Perimplantite
 - Infezioni
- **Strumentazione**
 - Meno di 10 utilizzi
 - Più di 10 utilizzi
 - Pulizia manuale
 - Pulizia con ultrasuoni
 - Sterilizzazione secca
 - Sterilizzazione liquida
 - Torque aplicada manualmente
 - Torque aplicada meccanicamente
 - Torque aplicada (Newton)

INFORMAZIONE CHIRURGICA

- Per favore, indichi se si è riscontrato:
 - Disparallismo tra impianti
 - Uso del maschiatore
 - Elevazione del seno
 - Uso di biomateriali
 - Uso pilastro di guarigione
 - Carico immediato
 - Impianto post-estrazione