

Медицинское изделие должно быть
упаковано в крафт-пакет с одной
прозрачной стороной и
простерилизовано.
(прикрепить сюда)

Dentium
For Dentists By Dentists

заполняется дистрибьютором

Day		Month		Year	
				2	0

Бланк рекламации

Инструкция по заполнению (Instructions for a complaint).

- Настоящая рекламация предназначена для выявления, определения причин возникновения неудачи с установкой имплантата и обязательна для заполнения при подаче рекламации по каждому случаю несостоятельности имплантата.
- **Перед отправкой имплантата для оценки компанией Dentium Co., Ltd. имплантат должен быть очищен и дезинфицирован. Каждый имплантат следует отправлять по отдельности, вместе с заполненной формой компании Имплант.Ру в течение 15 дней со дня извещения о несостоятельности имплантата.**
- К рекламационному бланку **обязательно** должно быть приложено **2 рентгеновских снимка** :
1) в день установки имплантата,
2) в день удаления (основание/ причины удаления имплантата)
- Все поля обязательны для заполнения!
- На каждый имплантат заполняется отдельная рекламация!
- Срок рассмотрения рекламационного обращения до 30 рабочих дней.
- **Product returns must be cleaned and disinfected prior to returning for evaluation by Dentium Co., Ltd. Each product must be returned separately with a completed form within 15 days of reporting the failure to Dentium.**

Извещение о несостоятельности имплантата	(№)	Дата заполнения	Day Month Year		
Implant Failure Report	CN	Aware Date			2 0

Информация о организации и враче, выполнявшем операцию (Practitioner Information)

Ф.И.О. хирурга (Surgeon): _____

Название организации: _____ E-mail: _____

Адрес организации (Address): _____ Тел (Phone): _____

Город (населенный пункт): _____ Улица, № дома: _____

Информация о пациенте (Patient Information)

Стом. карта № (Patient ID): _____ Пол (Sex): М (Male) Ж (Female), Возраст (Age): _____

Анамнез (Medical History): Бруксизм (Bruxism) Курение (Tobacco Use)
 Гипертония (Hypertension) Сахарный диабет (Diabetics) Заболевание сердца (Cardiac Disease) Рак (Cancer)
 Заболевания щитовидной железы (Thyroid Disorders) Другое (Поясните) Other: _____

Гигиена полости рта (Oral Hygiene): Хорошая (Good) Средняя (Moderate) Неудовлетворительная (Poor)

Состояние кости (Bone Condition): D1 D2 D3 D4

Информация об операции (Surgery Information)

Дата установки имплантата (Implant Placement Date):

Day		Month		Year	
				2	0
				2	0

Дата удаления имплантата (Implant Removal Date):

Вид операции (Surgery):

- Традиционная 2-этапная (Traditional 2 stage) Одноэтапная (One Stage)
- Имплантат был установлен с полным ушиванием лоскута (Fixture was placed with primary closure)
- Установлен формирователь десны (Healing Abutment load)
- Немедленная установка (Immediate Impl. Placement)
- Немедленная нагрузка (Immediate Loading)

Локализация имплантата (№ зуба) Implant (Tooth) Location No.

R								L							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Полный артикул имплантата
Implant Model No.

место для стикера

Подготовка ложа имплантата (Implant Site Preparaton):

- Препарирование (Drilling) Расширение кости (Bone Expanding)
- Конденсация кости (Bone Condensing) Расщепление кости (Bone Spreading)
- Метчик резьбы (Thread Cutter) Другие (Others) _____

Использовались ли остеопластические материалы (Bone augmentation material use):

- До имплантации (Preoperative)
- Во время имплантации (At Time of Implant Placement)
- Не использовался (None) Трансплантат (Grafting Materials) _____

Ортопедическое лечение (Prosthetic Treatment):

- Цементная фиксация (Cemented) Да (Yes) Нет (No)
- Винтовая фиксация (Screw Retained) Одиночная коронка (Single) Мост (Bridge)
- С опорой на имплант/ зуб (Implant/ Tuth supported) Съёмный протез (Denture)
- Другое (Поясните) Other (Please explain): _____ Только с опорой на имплант (Only Implant Supported)

Причина возврата/ диагноз (Reason for returning/diagnosis): _____

- Фрактура имплантата (Fracture of Implant) Проблема с инструментом (Tool Issue): _____
- Перелом абатмента (Abutment Fracture) Нарушение заводской формы имплантата (Factory Implant Defect)

Момент отторжения/ извлечения (Time of Implant Loss/ Explantion):

- Период заживления (Healing Period) До функциональной нагрузки (Prior to Functional Loading)
- Повторный вход (Re-entry) После функциональной нагрузки (After Functional Loading)

Причина удаления имплантата (Implant Removed Because Of): (возможно несколько причин)

- Инфекция (Infection) Подвижность (Mobility) Остеолизис (Osteolysis) Состояния кости (Bone condition)
- Парестезия (Abnormal Senation) Оклюзионная перегрузка (Occlusal Overload)
- Прогрессирующая потеря кости (Progressive Bone Loss) Разрушение имплантата (Implant Fracture)
- Непредвиденная хирургическая травма (Unexpected surgical trauma) Периимплантит (Periimplantitis)
- Неудовлетворительная гигиена полости рта (Poor oral hygiene) Другое (Поясните) Other (please explain): _____

Версия пациента (Patient Outcome): _____

**Информация о враче-ортопеде (в случае выполнения ортопедических манипуляций)
Restorative Doctor Information (if applicable)**

Ф.И.О (Name): _____ E-mail: _____

Адрес (Address): _____ Телефон (Phone): _____

NB! Контрольная дезинфекция компонента, подлежащего обмену, проведена: Day Month Year
(Verification disinfection completed)

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Должность: _____

Подпись (Signature): _____ Дата (Date): _____

М. П.
(ЛПУ или личной печати врача)

Расшифровка подписи: _____