

1. INFORMATION PRATICIEN

Code client (voir BL et/ou facture) :
 Nom :
 Adresse complète (dont Pays) :
 Téléphone & Email :

Tampon
accepté

2. ÉLÉMENTS RETOURNÉS

Référence de l'implant	Lot Cial de l'implant	Référence de la pièce prothétique	Lot de la pièce prothétique	N° Dent	Date de pose (jj/mm/aa)	Date de dépose (jj/mm/aa)	Date de réalisation de la prothèse (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a
<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a
<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a

Autres sites implantés ? Non Oui, préciser le n° des sites :

3. DESCRIPTION DU PROBLÈME

Chute de l'implant du porte-implant Absence de stabilité primaire à la pose
 Echec primaire (absence d'ostéointégration) Echec secondaire (perte d'ostéointégration)
 Autre, préciser :

4. CONCERNANT LA CHIRURGIE

Diamètre du dernier foret utilisé : (hors EVL)
 Couple de vissage de l'implant :
 Type d'implantation **Chirurgie** **Mise en charge** **Restauration** **Prothèse**
 Post-extractionnelle En 1 temps Immédiate Unitaire Scellée
 Différée En 2 temps Progressive (avec provisoire) Multiple Complète Transvissée
 Différée Différée Complète Transvissée

5. INFORMATIONS PATIENT

Age : Sexe : FEMME HOMME Tissu granuleux identifié autour de l'implant : OUI NON
 Hygiène buccale : Normale
 Inflammation moyenne, légère modification de couleur, léger œdème, aucun saignement
 Inflammation modérée, rougeur, œdème, saignement au sondage
 Inflammation importante, marquée par rougeur, œdème, ulcération, tendance aux saignements spontanés

6. QUALITÉ OSSEUSE DU SITE IMPLANTAIRE

- D1 : un tissu homogène et compact compose essentiellement l'os
- D2 : un noyau d'os spongieux dense est entouré d'une épaisse couche d'os compact
- D3 : un noyau d'os spongieux dense est entouré d'une fine couche d'os cortical
- D4 : un noyau d'os spongieux de faible densité est entouré d'une très fine couche d'os cortical

7. ÉTAT DE SANTÉ ET HABITUDES DU PATIENT

- Bonne santé générale
- Bruxisme ou hyperfonction masticatoire
- Tabagisme
- Diabète
- Traitement / Maladie :
- Hygiène bucco-dentaire réduite
- Consommation alcool
- Habitude de poussée linguale ou bégaiement
- Quantité et/ou qualité osseuses insuffisantes
- Infection
- Maladie du tissu conjonctif
- Thérapie stéroïdienne
- Autre facteur :
- Inconnu

8. VOTRE ÉVALUATION DE LA CAUSE DU PROBLÈME

- Échec d'ostéointégration avant mise en charge
- Perte d'ostéointégration – mise en charge post-chirurgicale de l'implant
- Traumatisme chirurgical
- Hygiène bucco-dentaire réduite
- Qualité osseuse insuffisante
- Quantité osseuse insuffisante
- Fatigue ou surcharge biomécanique
- Fracture de composant
- Douleur / Infection
- Anesthésie
- Autre cause :
- Inconnu

9. AUTRES COMMENTAIRES

.....

Je certifie l'exactitude des données renseignées ci-dessus
 DATE ET SIGNATURE :



Checklist des pièces à joindre obligatoirement au dossier :

1. Produits impérativement **DECONTAMINÉS, NETTOYÉS ET STÉRILISÉS**
2. Radios de contrôle avant et après la pose et la dépose de l'implant et de sa mise en charge du faux-moignon