

**1. INFORMATION CLIENT/PRATICIEN & DOSSIER PATIENT**

Code client (voir BL/Facture) : .....

Nom du praticien (ayant rencontré le dysfonctionnement) : .....

ID Patient : ..... (facultatif)

**2. TRACABILITE ATTENTION : l'implant et l'ancillaire associé\* doivent être renvoyés nettoyés, décontaminés et stérilisés**

Localisation de l'implant :  Mandibule  Maxillaire  Crâne

Implant : Référence : ..... Lot : ..... Date de pose : ..... Date de dépose : .....

Ancillaire associé\* : Référence : ..... Lot : ..... (\*en interaction au moment du dysfonctionnement)

**3. TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT : entourer les valeurs applicables**

VIS	Fracture de vis	Difficulté de préhension avec le tournevis	Mauvaise tenue dans le tournevis lors du vissage	Anomalie de la vis Précisez : .....	Délai de survenue Précisez : .....
	PLAQUE	Rupture partielle d'une plaque	Rupture totale d'une plaque	Anomalie de la plaque Précisez : .....	

**4. INFORMATIONS CHIRURGICALES : entourer les valeurs applicables**

Type intervention	Chirurgie orthognatique	Bimaxillaire	Le Fort I	Clivage sagittal	Génioplastie	Segmentaire : préciser : .....
	Lésions traumatiques	Mandibule	Etage intermédiaire	Confis crânofaciaux		
	Reconstructions en oncologie					
	Neurochirurgie	Ostéosynthèse de volets crâniens	Reconstruction crânienne			
	Autre	Ancrage orthodontique	Autre : .....			

**5. LOCALISATION DU DYSFONCTIONNEMENT**

Vis :  Tête  Filet  Pointe Plaque :  Oeillet  Pont  Encoche

**6. MODALITES CHIRURGICALES**

Préforage (si vis) :  Non  Oui, préciser quel foret (∅) : .....  NSP

Conformation de la plaque :  =< 2 ajustements  >= 3 ajustements  NSP

Conformation avec des instruments spécifiques (O/N) : .....  NSP

Technique du vissage :  A la main  Au moteur  Préforage (O/N) : .....  NSP

**7. PRISE EN CHARGE DE L'EVENEMENT**

<b>Peropératoire</b>	<input type="checkbox"/> Simple ajustement du matériel	<input type="checkbox"/> Changement de matériel
	<input type="checkbox"/> Démontage suivi d'un remontage avec le même matériel	<input type="checkbox"/> Changement d'indication
<b>Postopératoire</b>	<input type="checkbox"/> Traitement médical	<input type="checkbox"/> Reprise chirurgicale
	<input type="checkbox"/> Dépose du matériel	<input type="checkbox"/> Fragment de l'implant toujours en place

**8. CONTEXTE GENERAL**

Etat de santé du patient :	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Médiocre	<input type="checkbox"/> NSP
Hygiène buccodentaire :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> NSP
Antécédents CMF :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Date JJ/MM/AAAA	Nature : .....	<input type="checkbox"/> NSP
Antécédents physiothérapeutiques CMF :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Date JJ/MM/AAAA	Nature : .....	<input type="checkbox"/> NSP
Antécédents extrafaciaux :	<input type="checkbox"/> NSP			
Maladie générale :	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Dépression
	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> NSP	
	<input type="checkbox"/> Addiction préciser : .....		<input type="checkbox"/> Traitements en cours ou récents préciser : .....	

Commentaires complémentaires : .....