

1. DANE LEKARZA/PACJENTA

Kod Klienta (zob. dokument dostawy i/lub faktura):
Nazwisko (osoby, u której wystąpił problem):
ID Pacjenta (opcjonalnie)

2. IDENTYFIKOWALNOŚĆ

UWAGA: : implant oraz powiązany element protetyczny należy odesłać w stanie czystym, odkażony i wysterylizowany.

lokalizacja implantu : ☐ Żuchwa ☐ Szczeka ☐ Czaszka

Implant : Nr ref.: Seria nr : Data implantacji : Data usunięcia :

Powiązane narzędzia pomocnicze* : Nr ref.: Seria nr (* z implantem w chwili wystąpienia usterki)

3. TYP USTERKI: zakreślić, gdzie dotyczy

ŚRUBA	☐ Złamanie śruby	☐ Problemy z chwytaniem wkrętaka	☐ Złe trzymanie wewnątrz wkrętaka podczas wkręcania	☐ Inna usterka śruby, podać szczegóły:
	☐ Czas zanim usterka wystąpiła, podać szczegóły:			
PŁYTKA	☐ Częściowe złamanie płytki	☐ Całkowite złamanie płytki	☐ Inna usterka płytki, podać szczegóły:	
	☐ Czas zanim usterka wystąpiła, podać szczegóły:			

4. TYP ZABIEGU: zakreślić, gdzie dotyczy

TYP	☐ Zabieg ortognatyczny	☐ Bimax	☐ Le Fort 1	☐ SSRO	☐ Genioplastyka	☐ Miejscowy, podać szczegóły:
	☐ obrażenia urazowe					
	☐ Rekonstrukcja onkologiczna	☐ Żuchwa	☐ Etap przejściowy	☐ W odcinku twarzo-czaszki		
	☐ Neurochirurgia	☐ Osteosynthese płytek SF czaszki	☐ Rekonstrukcja czaszki			
	☐ Inne	☐ Kotwiczenie ortodontyczne	☐ Inne, podać szczegóły:			

5. MIEJSCE WYSTĄPIENIA PROBLEMU:

Śruba : ☐ Głowica ☐ Gwint ☐ Końcówka Płytką: ☐ Pętla ☐ Mostek ☐ Karb

6. MODALNOŚCI ZABIEGU

Nawieranie wstępne (jeżeli śruba): ☐ Nie ☐ Tak, określić które wiertło (Ø) : ☐ Brak danych
Konformacja płytki : ☐ =< 2 regulacje ☐ >= 3 regulacje ☐ Brak danych
☐ Konformacja z wykorzystaniem określonych narzędzi (T/N) : ☐ Brak danych
Technika wkręcania : ☐ Ręcznie ☐ Z napędem ☐ Nawieranie wstępne (T/N) : ☐ Brak danych

7. ROZWIĄZANIE REZERWOWE

Przed zabiegiem ☐ Prosta regulacja sprzętu ☐ Zmiana sprzętu Zmiana wskazanias
☐ Demontaż, a następnie ponowny montaż tym samym sprzętem

Po zabiegu ☐ Leczenie ☐ Zabieg rewizyjny
☐ Usunięcie materiału ☐ Fragment implantu nadal w kości

8. OGÓLNY KONTEKST

Stan zdrowia pacjenta: ☐ Dobry ☐ Średni ☐ Zły ☐ Brak danych
Higiena jamy ustnej: ☐ Dobry ☐ Średni ☐ Zły ☐ Brak danych
Wcześniejsze zabiegi szczękowo-twarzowe: ☐ Nie ☐ Tak : Data Charakter : ☐ Brak danych

Historia fizjoterapii : ☐ Nie ☐ Tak : Data Charakter : ☐ Brak danych
Zabiegi poza twarzą : ☐ Brak danych

Choroby ogólnoustrojowe: ☐ Nie ☐ Cukrzyca ☐ Osteoporoza ☐ Depresja ☐ HBP ☐ Alergie ☐ Brak danych
☐ Uzależnienia doprecyzować: ☐ Ostatnie lub bieżące leczenie doprecyzować:

UWAGI DODATKOWE