



# CUESTIONARIO DE COMPLICACIONES EN IMPLANTES DENTALES

Reservado para Global D y socios:

Recibido por:

N.º de registro (si aplica):

Fecha:

N.º de expediente:

## 1. DATOS DEL PROFESIONAL

Código de cliente (ver albarán y/o factura): .....

Nombre del profesional: .....

Correo electrónico: .....

## 2. DATOS DEL PACIENTE

Iniciales del paciente (3 letras apellido / 3 letras nombre): ..... Sexo:  M  F Edad: .....

### Densidad ósea en el sitio del implante



**Tipo D1**  
Principalmente  
hueso compacto



Clasificación según Lekholm y Zarb (1985)  
**Tipo D2**  
Hueso cortical  
grueso, poco  
volumen esponjoso



**Tipo D3**  
Hueso cortical  
delgado, esponjoso  
denso



**Tipo D4**  
Hueso cortical  
delgado, hueso  
esponjoso  
abundante

### Documentos obligatorios a adjuntar

1. Productos DESCONTAMINADOS, LIMPIOS Y ESTERILIZADOS
2. Radiografías antes y después de la colocación y retirada del implante (si aplica, tras la carga del componente protésico)

**Historial médico del paciente:** Indique toda información relevante para el análisis (ej. bruxismo, tabaquismo, diabetes, alcohol, empuje lingual, alergias, infecciones...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 3. CIRUGÍA Y PRÓTESIS

Diámetro de la última fresa: ..... mm Torque del implante: .....N.cm Ajuste final con torquímetro  Sí  No

Injerto óseo – especificar: .....

<b>Tipo de implantación</b> <input type="checkbox"/> Inmediata post-extracción <input type="checkbox"/> Diferida	<b>Tipo de cirugía</b> <input type="checkbox"/> En una fase <input type="checkbox"/> En dos fases <input type="checkbox"/> Carga inmediata	<b>Desdentamiento</b> <input type="checkbox"/> Unitario <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> Total	<b>Prótesis</b> <input type="checkbox"/> Cementada <input type="checkbox"/> Atornillada <input type="checkbox"/> Removible
--	---	---	---

## 4. DATOS DEL PRODUCTO

N.º de diente	Implante		Fechas		Componente protésico o pilar de cicatrización		
	Referencia	Lote	Colocación	Retirada	Referencia	Lote	Fecha de instalación

Otros sitios implantados  Sí – indicar números: .....

## 5. SOBRE LA COMPLICACIÓN (marque sólo una de las cuatro opciones)

<input type="checkbox"/> <b>Caída del implante</b> (portaimplantes u otro) Comentarios: .....	<input type="checkbox"/> <b>Falta de estabilidad primaria</b> (al colocar el implante) Comentarios: .....
--	--

<input type="checkbox"/> <b>No osteointegración</b> (Antes de la carga) (Causas: desgaste de fresas, sobrecalentamiento, compresión excesiva, reutilización de pilar de cicatrización...) ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>Perdida de osteointegración</b> (después de la carga) (Causas: carga prematura, sobrecarga biomecánica, pérdida ósea, cemento residual, desajuste protésico, placa, periimplantitis...) ..... ..... .....
---	---

## 6. DESCRIPCIÓN

Describe cualquier evento relevante que pudiera explicar la complicación: complicaciones intraoperatorias, condiciones clínicas específicas, factores de riesgo del paciente o deterioro del estado de salud.

También indique las consecuencias para el paciente y/o el profesional: retirada del implante, nueva intervención quirúrgica, modificación del plan de tratamiento, molestias, dolor, etc.

.....

.....

.....

.....

**⚠ Si el correo electrónico no se abre automáticamente, guarde el formulario y luego envíelo por correo electrónico**