



QUESTIONNAIRE ÉCHEC IMPLANTAIRE

Cadre réservé à Global D & partenaires :

Réceptionné par :

N° enregistrement (si applicable) :

Date :

N° de dossier :

1. INFORMATIONS PRATICIEN

Code client (voir BL et/ou facture) :

Nom du praticien :

E-Mail :

Éléments à joindre obligatoirement

1. Produits impérativement DECONTAMINÉS, NETTOYÉS ET STÉRILISÉS
2. Radios avant et après la pose et la dépose de l'implant (si applicable radio après la mise en charge du composant prothétique)

2. INFORMATIONS PATIENT

Initiales patient (3 lettres nom / 3 lettres prénom) : Sexe : ☐ H ☐ F Age :

Densité osseuse du site implantaire



☐

Os de type D1

L'os résiduel est constitué presque en totalité de l'os compact



☐

Os de type D2

L'os cortical épais et volume d'os spongieux est faible



☐

Os de type D3

L'os cortical est fin et os spongieux est dense



☐

Os de type D4

L'os cortical est fin et l'os spongieux est plus important

Antécédent patient : Décrire ci-dessous toutes les informations que vous jugerez utiles pour l'analyse du dossier (Bruxisme ou hyperfonction masticatoire, tabagisme, diabète, consommation d'alcool, habitude de poussée lingual ou bégaiement, allergie, infection...)

.....
.....
.....
.....
.....

3. CHIRURGIE & PROTHESE

Ø du dernier foret utilisé : mm Couple de vissage de l'implant : N.cm Vissage finalisé à la clé dynamométrique ☐ Oui ☐ Non

☐ Greffe, si oui, préciser :

Type d'implantation	Chirurgie	Édentation	Prothèse
☐ Post-extractionnelle	☐ En 1 temps	☐ Unitaire	☐ Scellée
☐ Différée	☐ En 2 temps	☐ Multiple	☐ Transvissée
	☐ Mise en charge immédiate	☐ Complète	☐ Amovible

4. INFORMATIONS PRODUIT

N° Dent	Implant		Dates		Pièce prothétique associée ou élément de cicatrisation		
	Référence	Lot	Pose	Dépose	Référence	Lot	Date de réalisation

Autres sites implantés ☐ Oui, préciser les n° des sites :

5. CONCERNANT LE DYSFONCTIONNEMENT (une seule proposition à cocher parmi les quatre)

☐ Chute de l'implant (du porte-implant ou autre) Commentaires :	☐ Absence de stabilité primaire (à la pose de l'implant) Commentaires :
---	---

☐ Échec primaire/précoce (Absence d'ostéointégration – Avant mise en charge) (Usure des forets, Échauffement de l'os, Compression excessive de l'os, Réutilisation d'une vis de cicatrisation ...)	☐ Échec secondaire/tardif (Perte d'ostéointégration) (Mise en charge prématurée, Fatigue ou surcharge biomécanique, Perte osseuse, Fusion de ciment de scellement persistant sous la limite prothétique, Défaut de passivité de l'armature prothétique, Développement de plaque bactérienne, péri-implantite)
---	--

6. DESCRIPTION

Veuillez décrire ci-dessous tout événement notable pouvant expliquer cet (ou ces) échec(s) implantaire(s) : complications peropératoires, conditions cliniques particulières, facteurs de risque du patient, ou toute dégradation de l'état de santé ayant pu y contribuer.

Merci également d'indiquer les conséquences de cet échec pour le patient et/ou le praticien : retrait de l'implant, nouvelle intervention chirurgicale, modification du plan de traitement, inconfort, douleur, etc.

.....
.....
.....

⚠ Si l'e-mail ne s'ouvre pas automatiquement, enregistrez le formulaire puis envoyez-le par e-mail