



# QUESTIONARIO SUL FALLIMENTO DELL'IMPIANTO

**Riservato a Global D e partner:**  
 Ricevuto da:  
 N. registrazione (se applicabile):  
 Data:  
 N. pratica:

## 1. DATI DEL PROFESSIONISTA

Codice cliente (vedi bolla e/o fattura): .....  
 Nome del professionista: .....  
 Email: .....

**Documenti da allegare obbligatoriamente**  
 1. Prodotti DECONTAMINATI, PULITI E STERILIZZATI  
 2. Radiografie prima e dopo il posizionamento e la rimozione dell'impianto (se applicabile, anche dopo il carico protesico)

## 2. DATI DEL PAZIENTE

Iniziali paziente (3 lettere cognome / 3 lettere nome): ..... Sesso:  M  F Età: .....

### Densità ossea del sito implantare

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo D1</b> Osso compatto predominante	<b>Tipo D2</b> Corticale spessa, poco osso spugnoso	<b>Tipo D3</b> Corticale sottile, osso spugnoso denso	<b>Tipo D4</b> Corticale sottile, osso spugnoso abbondante

**Storia clinica del paziente:** indicare tutte le informazioni utili per l'analisi del caso (es. bruxismo, fumo, diabete, alcol, spinta linguale, allergie, infezioni...)

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

## 3. CHIRURGIA E PROTESI

Diametro dell'ultima fresa: ..... mm Torque inserzione impianto: ..... N.cm Serraggio finale con chiave dinamometrica  Sì  No  
 Innesto osseo – specificare: .....

<b>Tipo di impianto</b> <input type="checkbox"/> Post-estrattivo immediato <input type="checkbox"/> Ritardato	<b>Tipo di chirurgia</b> <input type="checkbox"/> Monofasica <input type="checkbox"/> Bifasica <input type="checkbox"/> Carico immediato	<b>Edentulia</b> <input type="checkbox"/> Singola <input type="checkbox"/> Multipla <input type="checkbox"/> Totale	<b>Protesi</b> <input type="checkbox"/> Cementata <input type="checkbox"/> Avvitata <input type="checkbox"/> Rimovibile
---	---	--	--

## 4. DATI RELATIVI AL PRODOTTO

N. dente	Impianto		Data		Componente protesico o di guarigione		
	Riferimento	Lotto	di posa	di rimozione	Riferimento	Lotto	Data di realizzazione

Altri siti implantari  Sì – specificare i numeri: .....

## 5. DATI INERENTI AL FALLIMENTO (barrare solo una delle quattro opzioni)

<input type="checkbox"/> <b>Caduta dell'impianto</b> (dal portaimpianto o altro) Commenti: .....	<input type="checkbox"/> <b>Mancanza di stabilità primaria</b> (durante il posizionamento) Commenti: .....
---	---

<input type="checkbox"/> <b>Fallimento precoce/primario</b> (assenza di osteointegrazione – prima del carico) (Cause: usura delle frese, surriscaldamento, compressione eccessiva, riutilizzo della vite di guarigione...) ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>Fallimento tardivo/secondario</b> (perdita di osteointegrazione) (Cause: carico precoce, sovraccarico biomeccanico, perdita ossea, cemento residuo, disadattamento protesico, placca, perimplantite...) ..... ..... .....
--	---

## 6. DESCRIZIONE

Descrivere qualsiasi evento rilevante che possa spiegare il fallimento implantare: complicazioni intraoperatorie, condizioni cliniche specifiche, fattori di rischio del paziente o peggioramento dello stato di salute.

Indicare anche le conseguenze per il paziente e/o il professionista: rimozione dell'impianto, nuovo intervento chirurgico, modifica del piano di trattamento, disagio, dolore, ecc.

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

**⚠ Se l'email non si apre automaticamente, salva il modulo e invialo via email**