



# QUESTIONARIO COMPONENTE PROTESICO

Sezione riservata a Global D & partner:

Ricevuto da:

Numero di registrazione (se applicabile):

Data:

Numero di reclamo:

## Elementi da allegare per la gestione del caso:

1. Tutte le radiografie disponibili delle fasi di trattamento.
2. Il(i) prodotto(i) coinvolto(i) e la corona, puliti, decontaminati e sterilizzati, indicando il codice cliente e le iniziali del paziente sulla(e) busta(e) di sterilizzazione.

### 1. INFORMAZIONI CLIENTE / PROFESSIONISTA

Codice cliente (vedi DDT o fattura): .....

Nome del cliente: .....

Email: .....

### 2. INFORMAZIONI PAZIENTE

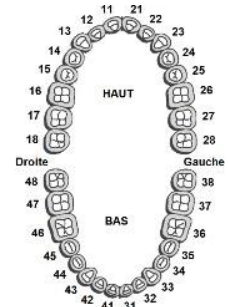
Iniziali del paziente (prime 3 lettere del COGNOME e prime 3 lettere del nome): .....

N° dente:

Età: .....

Sesso: ☐ M ☐ F

Paziente bruxista: ☐ Sì ☐ No



### 3. FOLLOW-UP DEL PAZIENTE

Descrivere di seguito tutte le informazioni ritenute utili per l'analisi del caso (stato parodontale, perdita di dente/i durante il periodo di trattamento, evoluzione dell'occlusione, antagonista del dente interessato, ecc.)

Si è verificato un precedente malfunzionamento nello stesso settore? ☐ Sì ☐ No

Numero di visita(e) di controllo/follow-up del paziente: ..... Data dell'ultima visita di controllo: .....

### 4. INFORMAZIONI PRODOTTO

|                              |                                                                                                               |                                  |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Componente protesico:</b> | Riferimento: .....                                                                                            | Data di inserimento: .....       |
|                              | Lotto: .....                                                                                                  | Data del malfunzionamento: ..... |
|                              | Se sconosciuto, fornire le informazioni disponibili: gamma, connessione protesica (ST, posteriore/2Ex): ..... | Data di rimozione: .....         |
|                              |                                                                                                               | (se ≠ data del malfunzionamento) |

|                  |                    |                                                      |
|------------------|--------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Impianto:</b> | Riferimento: ..... | Data di inserimento: .....                           |
|                  | Lotto: .....       | Data di rimozione: .....                             |
|                  |                    | (dell'impianto: se applicabile, da descrivere al §5) |

**Protesi:** ☐ Metallo ceramica (CCM)  
(se applicabile) ☐ Zirconia stratificata

☐ Zirconia monolitica  
☐ Altro: .....

### 5. DESCRIZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO

Descrivere con precisione il tipo di malfunzionamento riscontrato e le circostanze associate (frattura coronale/gengivale, impossibilità di rimozione/assemblaggio, danneggiamento della testa della vite, deformazione dell'esagono della vite, frattura della vite, ecc.)

### 7. DESCRIZIONE DELL'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI AUSILIARI E DELLE AZIONI INTRAPRESE/PREVISTE

Descrivere quale ancillare è stato utilizzato (Global D o altro produttore), la coppia applicata, il successo o meno dell'estrazione e l'azione intrapresa o prevista

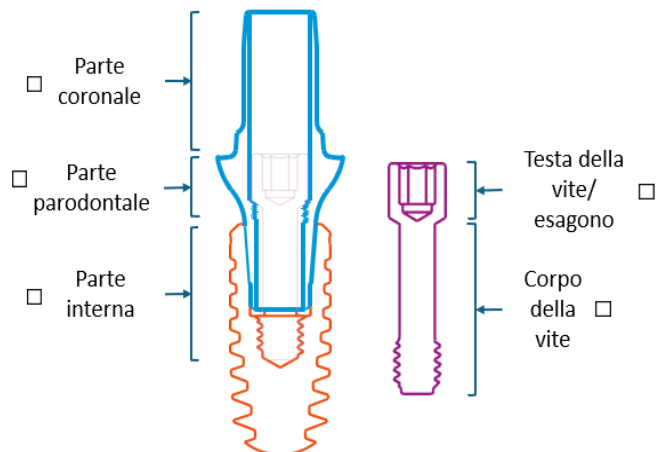
Manipolazione riuscita: ☐ Sì ☐ No Coppia applicata: ..... N.cm

Riferimento(i) dell'ancillare utilizzato: .....

Descrizione:

### 6. ILLUSTRAZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO (rappresentazioni generiche a titolo indicativo)

Selezionare la zona interessata



⚠ Se l'e-mail non si apre automaticamente, si prega di salvare il modulo e inviarlo via e-mail.