



CUESTIONARIO IMPLANTE DENTAL (INCLUYENDO COMPLICACIONES EN IMPLANTES DENTALES)

Sección reservada para Global D & socios:

Recibido por:

Número de registro *(si procede)*:

Fecha:

Número de reclamación:

1. DATOS DEL CLIENTE / PROFESIONAL

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

Nombre del cliente:

Correo electrónico:

Elementos a adjuntar para la tramitación del caso:

1. Todas las radiografías disponibles de las etapas del tratamiento.
2. El(los) producto(s) implicado(s) limpiados, descontaminados y esterilizados, indicando su código de cliente y las iniciales del paciente en la(s) bolsa(s) de esterilización.

2. DATOS DEL PACIENTE

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

Densidad ósea del sitio implantario:



☐

Tipo D1
Hueso
principalmente
cortical



☐

Tipo D2
Cortical grueso +
poco hueso
esponjoso



☐

Tipo D3
Cortical fino +
esponjoso denso



☐

Tipo D4
Cortical fino +
esponjoso
abundante

Antecedentes del paciente: Indicar la información relevante para el análisis (bruxismo/hiperfunción masticatoria, tabaquismo, diabetes, consumo de alcohol, hábitos linguales o trastornos del habla, alergias, infecciones, etc.)

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

3. CIRUGÍA & PRÓTESIS

Ø última fresa: mm Torque de inserción : N.cm Apriete final con torquímetro: ☐ Sí ☐ No

☐ Injerto óseo (si procede, especificar):

Tipo de implantación	Cirugía	Edentulismo	Prótesis
☐ Postextracción	☐ 1 fase	☐ Unitario	☐ Cementada
☐ Diferida	☐ 2 fases	☐ Múltiple	☐ Atornillada
	☐ Carga inmediata	☐ Completo	☐ Removible

4. DATOS DEL PRODUCTO

Nº diente	Implante		Dates		Componente protésico o pilar de cicatrización		
	Referencia	Lote	Colocación	Retirada	Referencia	Lote	Fecha de realización

Otros implantes: ☐ Sí (indicar nº de sitios).....

Situación oclusal: (antagonista, modificaciones durante el tratamiento: extracción(es), nueva prótesis, etc.)

5. INCIDENCIA / COMPLICACIÓN EN IMPLANTE DENTAL (marcar una opción)

Inciden- cias	☐ Caída del implante (del driver de contraángulo u otro) Comentarios :	☐ Otro (manipulación, desajuste, fractura, contaminación, rosca interna, superficie, etc.) Comentarios :
	☐ Falta de estabilidad primaria (en la colocación) Comentarios :	
Complica- ciones	☐ No osteointegración (antes de la carga) (ej. desgaste de fresas, sobrecalentamiento óseo, compresión excesiva, reutilización de tornillo de cicatrización, etc.) Comentarios :	☐ Perdida de osteointegración (después de la carga) (ej. carga prematura, sobrecarga biomecánica, pérdida ósea, restos de cemento, falta de pasividad protésica, placa bacteriana, periimplantitis, etc.) Comentarios :

6. DESCRIPCIÓN & CONSECUENCIAS

Describir cualquier evento relevante que pueda explicar la incidencia: producto(s), complicaciones intraoperatorias, condiciones clínicas, factores de riesgo del paciente o deterioro del estado de salud.

Indicar también las consecuencias para el paciente y/o el profesional (nueva cirugía, modificación del plan de tratamiento, molestias, dolor, etc.).

.....
.....

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

FM11-06G_03 – Fecha de aplicación 24/06/2026

Este documento es propiedad exclusiva de Global D y no puede ser reproducido ni comunicado a terceros sin el permiso expreso de Global D