



QUESTIONNAIRE IMPLANT DENTAIRE (DONT ÉCHEC IMPLANTAIRE)

Cadre réservé à Global D & partenaires:

Réceptionné par:

No. enregistrement (si applicable):

Date:

N° de dossier:

1. INFORMATIONS CLIENT / PRATICIEN

Code client (voir BL et/ou facture) :

Nom du client :

Email :

Éléments à joindre pour traitement du dossier:

- Toutes les radios disponibles des étapes de traitement.
- Le(s) produit(s) incriminé(s) nettoyé(s), décontaminé(s) et stérilisé(s) en mentionnant votre code client et les initiales du patient sur le(s) sachet(s) de stérilisation.

2. INFORMATIONS PATIENT

ID patient (3 premières lettres Nom / 3 premières lettres Prénom) : Sexe : H F Âge :

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

Classification osseuse selon Lekholm et Zarb (1985)

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, etc.)

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

3. CHIRURGIE & PROTHESE

Ø du dernier foret utilisé : mm Couple d'insertion de l'implant : N.cm Serrage finalisé à la clé dynamométrique: Oui Non

Greffe (si oui, préciser) :

Type d'implantation	Chirurgie	Édentation	Prothèse
<input type="checkbox"/> Post-extractionnelle <input type="checkbox"/> Différée	<input type="checkbox"/> En 1 temps <input type="checkbox"/> En 2 temps <input type="checkbox"/> Mise en charge immédiate	<input type="checkbox"/> Unitaire <input type="checkbox"/> Multiple <input type="checkbox"/> Complète	<input type="checkbox"/> Scellée <input type="checkbox"/> Transvissée <input type="checkbox"/> 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)

Situation occlusale : (antagoniste, modifications sur la période de traitement : extraction(s), nouvelle prothèse, etc.)

5. CONCERNANT LE DYSFONCTIONNEMENT / ÉCHEC IMPLANTAIRE (une seule proposition à cocher)

Dysfonctionnement	<input type="checkbox"/> Chute de l'implant (de la clé porte-implant ou autre) Commentaires :	<input type="checkbox"/> Autre (préhension de l'implant, inadaptation, fracture, pollution, filetage interne, état de surface, etc.) Commentaires :
	<input type="checkbox"/> Absence de stabilité primaire (à la pose de l'implant) Commentaires :	

Échec implantaire	<input type="checkbox"/> Échec primaire/précoce (Absence d'ostéointégration – Avant mise en charge) (A titre illustratif : usure des forets, échauffement de l'os, compression excessive de l'os, réutilisation d'une vis de cicatrisation etc.) Commentaires :	<input type="checkbox"/> Échec secondaire/tardif (Perte d'ostéointégration) (A titre illustratif : usure des forets, 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, etc.) Commentaires :
-------------------	--	--

6. DESCRIPTION & CONSÉQUENCES

Veuillez décrire ci-dessous tout événement notable pouvant expliquer le(s) dysfonctionnement(s) : produit(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 pour le patient et/ou le praticien (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

FM11-06G_03 – Date d'application 24/06/2026

Ce document est la propriété exclusive de Global D, il ne peut être ni reproduit, ni communiqué à des tiers sans l'autorisation expresse de Global D