



# QUESTIONARIO IMPIANTO DENTALE

(INCLUSO FALLIMENTO IMPLANTARE)

Sezione riservata a Global D & partner:  
Ricevuto da:  
Numero di registrazione (se applicabile):  
Data:  
Numero di reclamo:

## 1. INFORMAZIONI CLIENTE / PROFESSIONISTA

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

Nome del professionista: .....

Email: .....

### Elementi da allegare per la gestione del caso:

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

## 2. INFORMAZIONI PAZIENTE

Iniziali del paziente (prime 3 lettere del COGNOME e prime 3 lettere del Nome): ..... Sesso: ☐ M ☐ F Età: .....

### Densità ossea del sito implantare:



#### Osso di tipo D1

Osso prevalentemente corticale



Classificazione ossea secondo Lekholm e Zarb (1985)

#### Osso di tipo D2

Corticale spessa + poco osso spongioso



#### Osso di tipo D3

Corticale sottile + osso spongioso denso



#### Osso di tipo D4

Corticale sottile + osso spongioso abbondante

**Anamnesi del paziente:** Indicare tutte le informazioni utili per l'analisi del caso (bruxismo o iperfunzione masticatoria, fumo, diabete, consumo di alcol, abitudini linguistiche o disturbi del linguaggio, allergie, infezioni, ecc.)

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

## 3. CHIRURGIA & PROTESI

Ø ultima fresa utilizzata: ..... mm Coppia d'inserimento impianto: ..... N.cm Serraggio finale con chiave dinamometrica: ☐ Sì ☐ No

☐ Innesto (se sì, specificare): .....

| Tipo di implantologia                    | Chirurgia                                 | Edentulia                         | Protesi                             |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Post-estrattiva | <input type="checkbox"/> Un tempo         | <input type="checkbox"/> Singola  | <input type="checkbox"/> Cementata  |
| <input type="checkbox"/> Differita       | <input type="checkbox"/> Due tempi        | <input type="checkbox"/> Multipla | <input type="checkbox"/> Avvitata   |
|                                          | <input type="checkbox"/> Carico immediato | <input type="checkbox"/> Completa | <input type="checkbox"/> Rimovibile |

## 4. INFORMAZIONI PRODOTTO

| N° dente | Impianto    |       | Date        |           | Componente protesico associato o pilastro di guarigione |       |                       |
|----------|-------------|-------|-------------|-----------|---------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
|          | Riferimento | Lotto | Inserimento | Rimozione | Riferimento                                             | Lotto | Data di realizzazione |
|          |             |       |             |           |                                                         |       |                       |
|          |             |       |             |           |                                                         |       |                       |
|          |             |       |             |           |                                                         |       |                       |

Altri siti implantari: ☐ Sì (specificare n° siti) .....

Situazione occlusale: (antagonista, modifiche durante il trattamento: estrazione(i), nuova protesi, ecc.) .....

## 5. MALFUNZIONAMENTO / FALLIMENTO IMPLANTARE (una sola scelta)

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Malfunzionamento | <input type="checkbox"/> <b>Caduta dell'impianto</b> (dal driver per contrangolo o altro)<br>Commenti: .....                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> (presa dell'impianto, incompatibilità, frattura, contaminazione, filettatura interna, superficie, ecc.)<br>Commenti: .....                                                                                                                  |
|                  | <input type="checkbox"/> <b>Mancanza di stabilità primaria</b> (in fase di inserimento)<br>Commenti: .....                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Falla implantare | <input type="checkbox"/> <b>Fallimento precoce</b> (mancata osteointegrazione – prima del carico)<br>(A titolo illustrativo: usura delle frese, surriscaldamento osseo, compressione eccessiva, riutilizzo vite di guarigione, ecc.)<br>Commenti: ..... | <input type="checkbox"/> <b>Fallimento tardivo</b> (perdita di osteointegrazione)<br>(A titolo illustrativo: carico precoce, sovraccarico biomeccanico, perdita ossea, residui di cemento, mancata passività protesica, placca batterica, perimplantite, ecc.)<br>Commenti: ..... |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 6. DESCRIZIONE & CONSEGUENZE

Descrivere qualsiasi evento rilevante utile a spiegare la non conformità: prodotto/i coinvolti, complicanze intraoperatorie, condizioni cliniche particolari, fattori di rischio del paziente o peggioramento dello stato di salute.

Indicare anche le conseguenze per il paziente e/o il professionista (nuovo intervento chirurgico, modifica del piano di trattamento, dolore, disagio, ecc.).

.....  
.....

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

FM11-06G\_03 – Data di applicazione 24/06/2026

Questo documento è di proprietà esclusiva di Global D e non può essere riprodotto né comunicato a terzi senza il permesso espresso di Global D