



KWESTIONARIUSZ IMPLANT DENTYSTYCZNY (W TYM NIEPOWODZENIE IMPLANTU)

Sekcja zarezerwowana dla Global D i partnerów:

Otrzymało przez:

Nr rejestracyjny (jeśli dotyczy):

Data:

Nr sprawy:

1. DANE KLIENTA / LEKARZA

Kod klienta (patrz WZ lub faktura):

Imię i nazwisko lekarza:

Email :

Wymagane załączniki do rozpatrzenia sprawy

1. Wszystkie dostępne zdjęcia RTG z etapów leczenia.
2. Zakwestionowany(e) produkt(y), oczyszczone, zdezkontaminowane i wysterylizowane, z podaniem kodu klienta oraz inicjałów pacjenta na opakowaniu(ach) sterylizacyjnym(ych).

2. DANE PACJENTA

ID pacjenta (3 pierwsze litery nazwiska / 3 pierwsze litery imienia) : Płeć : M K Wiek :

Gęstość kości w miejscu implantacji:



Kość typu D1

kość głównie zbita (korowa)



Klasyfikacja kości wg Lekholm i Zarb (1985)

Kość typu D2

gruba warstwa korowa + mało kości gąbczastej



Kość typu D3

cienka warstwa korowa + gęsta kość gąbczasta



Kość typu D4

cienka warstwa korowa + duża ilość kości gąbczastej

Wywiad pacjenta: Opisać wszystkie informacje istotne dla analizy przypadku (bruksizm lub parafunkcje żucia, palenie tytoniu, cukrzyca, spożycie alkoholu, nawyki językowe lub jękanie, alergie, infekcje itd.)

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

3. CHIRURGIA & PROTETYKA

Ø ostatniego wiertła: mm Moment wkręcania: N.cm Dokręcanie kluczem dynamometrycznym: Tak Nie

Augmentacja (jeśli tak, podać) :

Typ implantacji	Chirurgia	Bezzębie	Proteza
<input type="checkbox"/> Poekstrakcyjna <input type="checkbox"/> Odroczone	<input type="checkbox"/> Jednoetapowa <input type="checkbox"/> Dwuetapowa <input type="checkbox"/> Natychmiastowe obciążenie	<input type="checkbox"/> Pojedyncze <input type="checkbox"/> Wielokrotne <input type="checkbox"/> Całkowite	<input type="checkbox"/> Cementowana <input type="checkbox"/> Przykręcana <input type="checkbox"/> Ruchoma

4. DANE PRODUKTU

Nr zęba	Implant		Daty		Komponent protetyczny lub element gojący		
	Numer referencyjny	Numer serii	Wszczepienia	Usunięcia	Numer referencyjny	Numer serii	Data wykonania

Inne miejsca implantacji: Tak (podać numery)

Sytuacja okluzyjna: (antagonista, zmiany w trakcie leczenia: ekstrakcja(e), nowa proteza, itp.)

5. NIEZGODNOŚĆ / NIEPOWODZENIE IMPLANTU (jedna opcja)

Nie zgodność	<input type="checkbox"/> Wypadnięcie implantu (z wkrętaka kątnicowego lub innego) Komentarze :	<input type="checkbox"/> Inne (chwyt implantu, niezgodność, złamanie, zanieczyszczenie, gwint wewnętrzny, powierzchnia itp.) Komentarze :
	<input type="checkbox"/> Brak stabilizacji pierwotnej (podczas wszczepienia) Komentarze :
Niepowodzenie implantu	<input type="checkbox"/> Niepowodzenie wczesne (brak osteointegracji – przed obciążeniem) (Przykładowo : zużycie wiertel, przegrzanie kości, nadmierna kompresja, ponowne użycie śruby gojącej itd.) Komentarze :	<input type="checkbox"/> Niepowodzenie późne (utrata osteointegracji) (Przykładowo : wczesne obciążenie, przeciążenie biomechaniczne, utrata kości, resztki cementu, brak pasywności konstrukcji, biofilm bakteryjny, periimplantitis itd.) Komentarze :

6. OPIS & KONSEKWENCJE

Opisać wszelkie istotne zdarzenia mogące wyjaśnić niezgodność: produkt(y), powikłania śródoperacyjne, szczególne warunki kliniczne, czynniki ryzyka pacjenta lub pogorszenie stanu zdrowia.

Wskazać również konsekwencje dla pacjenta i/lub lekarza (ponowna interwencja chirurgiczna, zmiana planu leczenia, ból, dyskomfort itd.)

.....
.....

▲Jeśli e-mail nie otworzy się automatycznie, zapisz formularz i wyślij go pocztą elektroniczną

FM11-06G_03 – Data obowiązywania 24/06/2026

Niniejszy dokument stanowi wyłączną własność Global D i nie może być reprodukowany ani przekazywany osobom trzecim bez wyraźnej zgody Global D