



QUESTIONNAIRE IMPLANT CMF

Cadre réservé à Global D & partenaires:

Réceptionné par:

No. enregistrement (si applicable):

Date:

N° de dossier:

1. INFORMATION CLIENT / PRATICIEN

Code client (voir BL ou facture) :

Nom du client :

Email :

2. INFORMATION PATIENT

Initiales patient (3 premières lettres Nom / 3 premières lettres Prénom) : Localisation (n° de dent ou site : maxillaire, mandibule, crâne) :

Densité osseuse du site implantaire : Os de type D1 Os de type D2 Os de type D3 Os de type D4

3. SUIVI PATIENT

Décrire ci-dessous toutes les informations que vous jugerez utiles pour l'analyse du dossier (état de santé du patient, maladies/addiction/traitement en cours, antécédents CMF, antécédents physiothérapeutiques CMF, antécédents extra-faciaux, hygiène buccodentaire etc.)

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

4. INFORMATION PRODUIT(S)

Implant dysfonctionnant :

Catégorie de produit (plaque, vis, etc.) :

Référence :

Lot :

Date de pose :

Date de dysfonctionnement : Date de dépose :

Si inconnu, fournir information(s) disponible(s) :

Produit en interaction (si applicable) :

Catégorie de produit (plaque, vis, axe, manche, etc.) :

Référence :

Lot :

Si inconnu, fournir information(s) disponible(s) :

.....

.....

5. TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT / IMPACT PATIENT :

Moment de la survenue du dysfonctionnement :

Peropératoire : Si oui, préciser (ajustement/changement/démontage matériel, changement plan de traitement, etc.) :

Postopératoire : Si oui, préciser (traitement médical, dépose matériel, reprise chirurgicale, etc.) :

Préforage : Oui Non Si oui, préciser le Ø du foret :mm

Technique de vissage : À la main Au moteur Si moteur, préciser le couple utilisé :N.cm

Conformation de la plaque : Oui Non Si oui, préciser le nombre d'ajustement(s) :

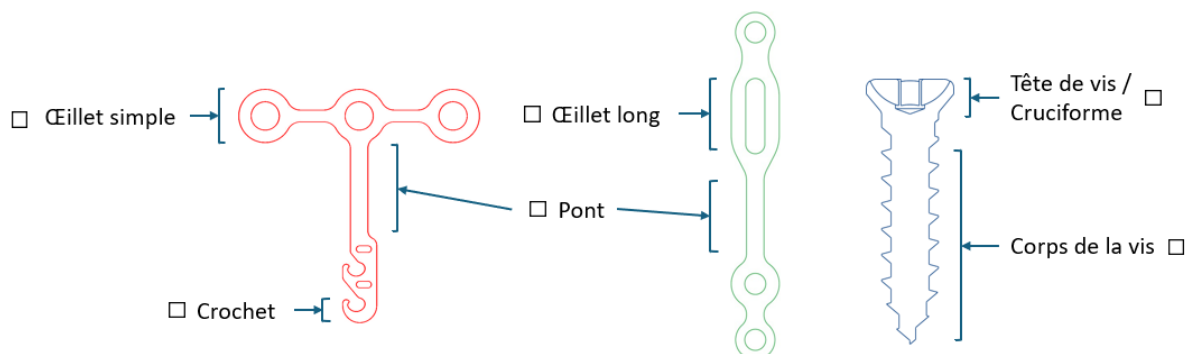
6. DESCRIPTION DU DYSFONCTIONNEMENT

Décrire précisément le type de dysfonctionnement rencontré (fracture œillet/pont/crochet, déformation, conditionnement, oxydation, mobilité produit, etc.) et la(es) circonstance(s) associée(s)

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

7. ILLUSTRATION DU DYSFONCTIONNEMENT (représentations génériques à titre indicatif)

Sélectionner la zone concernée.



⚠ Si l'e-mail ne s'ouvre pas automatiquement, enregistrez le formulaire puis envoyez-le par e-mail

FM11-06I_01 – 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