



QUESTIONARIO IMPIANTO CMF

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 / prime 3 lettere del Nome) : Localizzazione (n.° del dente o sito: mascella, mandibola, cranio) :

Densità ossea del sito implantare : ☐ Osso di tipo D1 ☐ Osso di tipo D2 ☐ Osso di tipo D3 ☐ Osso di tipo D4

3. FOLLOW-UP DEL PAZIENTE

Descrivere di seguito tutte le informazioni ritenute utili per l'analisi del caso (stato di salute del paziente, patologie, dipendenze, trattamenti in corso, anamnesi CMF, anamnesi fisioterapia CMF, anamnesi extra-facciale, igiene orale, ecc.).

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

4. INFORMAZIONI PRODOTTO

Impianto con malfunzionamento :

Categoria di prodotto (placca, vite, ecc.) :

Riferimento :

Lotto :

Data di inserimento :

Data del malfunzionamento : Data di rimozione :

Se sconosciuto, indicare le informazioni disponibili :

Prodotto in interazione (se applicabile) :

Categoria di prodotto (placca, vite, asse, manipolo, ecc.) :

Riferimento :

Lotto :

Se sconosciuto, indicare le informazioni disponibili :

.....

.....

5. TIPO DI MALFUNZIONAMENTO / IMPATTO SUL PAZIENTE

Momento di insorgenza del malfunzionamento :

☐ Intraoperatorio: in caso affermativo, indicare (adattamento, modifica o smontaggio del materiale, modifica del piano di trattamento, ecc.) :

.....

☐ Postoperatorio: in caso affermativo, indicare (trattamento medico, rimozione del materiale, revisione chirurgica, ecc.) :

.....

Preforatura : ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, indicare il Ø della fresa :mm

Tecnica di avvitamento : ☐ Manuale ☐ Con motore

Se si utilizza il motore, indicare la coppia applicata :N.cm

Adattamento della placca : ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, indicare il numero di adattamenti:

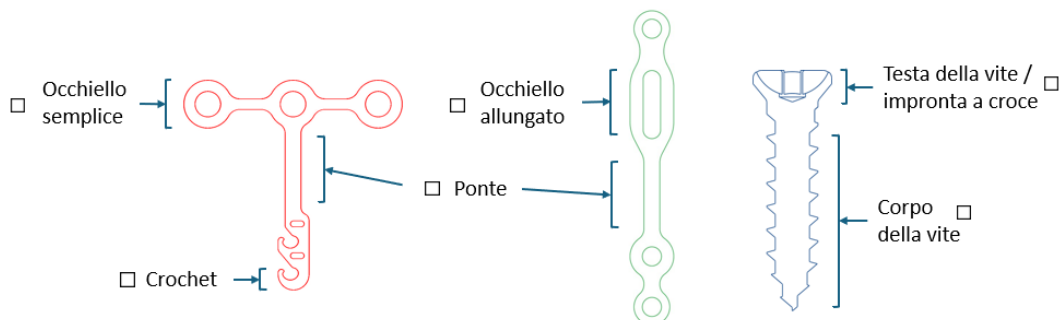
6. DESCRIZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO

Descrivere con precisione il tipo di malfunzionamento riscontrato (frattura di occhiello/ponte/gancio, deformazione, problema di confezionamento, ossidazione, mobilità del prodotto, ecc.) e le circostanze associate.

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

7. ILLUSTRAZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO (rappresentazioni generiche a titolo indicativo)

Selezionare la zona interessata.



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

FM11-06L_01 – 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