



passion for dental excellence

MODULO DI RECLAMO

Completare il questionario con le maggiori informazioni possibili, allegando il prodotto sterilizzato e le radiografie del caso.

Successivamente contattare il Servizio Clienti CLC tramite indirizzo mail beatrice.fasolo@clcscientific.com, per concordare il ritiro del materiale.

La mancanza d'informazioni rallenterà il processo.

Condizioni di Garanzia

Gentilmente visionare la Garanzia CLC SCIENTIFIC disponibile nel sito www.clcscientific.com alla voce "Garanzia" e nella cartella "Serenity"



INFORMAZIONI DEL CLIENTE

Nome dell'operatore Data

Cellulare Email

Studio Dentistico Indirizzo

Sito web

INFORMAZIONI SUL PRODOTTO

Codice prodotto	Q.tà	Numero di lotto	Data di inserimento	Data di rimozione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Dettagli sul paziente (per questioni di privacy non utilizzare il nome del paziente)

Paziente ID Data di nascita

Sesso: F M Fumatore? No Si

Paziente paradontale No Si Quante sigarette al giorno

Bruxismo No Si

PATOLOGIE SISTEMATICHE

<input type="checkbox"/> Problemi Cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Problemi Psichiatrici	<input type="checkbox"/> Infezioni	<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> Problemi polmonari e respiratori	<input type="checkbox"/> Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> Patologie otorinolaringoiatriche	<input type="checkbox"/> Trattamenti di radioterapia
<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> Malattie renali	<input type="checkbox"/> Allergie: precisare	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Occasionali perdite di conoscenza	<input type="checkbox"/> Difetti di coagulazione	<input type="checkbox"/> Patologie del fegato	

MEDICINALI ASSOCIATI/ ESPOSIZIONE AD ALTRI PRODOTTI

Precisare nome; posologia; indicazioni; date di somministrazione

Il paziente aveva un trattamento in corso No Si Quale?



DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Scegliere una di queste opzioni:

- 1** **Perdita precoce di impianto**
Dopo l'iniziale periodo di guarigione, l'impianto non si è osteointegrato, quindi non è stato possibile eseguire la fase protesica.
- 2** **Perdita tardiva di impianto**
Dopo l'iniziale periodo di guarigione, l'impianto si è osteointegrato, quindi la fase protesica è stata realizzata.
- 3** **Problemi protesici**
- 4** **Strumenti difettosi**
- 5** **Altro**



1) PERDITA PRECOCE DI IMPIANTO

Dopo l'iniziale periodo di guarigione, l'impianto non si è osteointegrato, quindi non è stato possibile eseguire la fase protesica.

Data dell'evento **Dettagli dell'evento:**

Eventi concomitanti

► Se concomitante segnate quale di questi eventi era presente:

		Si	No			Si	No	
Trauma / Incidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sovra-riscaldamento d'osso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sovraccarico traumatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarsa igiene orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Danneggiamento del nervo mandibolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inserzione immediata in sito post estrattivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Insufficienza di quantità/qualità ossea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni d'infezione nel sito di inserimento dell'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perforazione del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adiacenza ad un dente endodontico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carico immediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						

► Quali dei seguenti aspetti erano presenti?

	Si	No				
Dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanguinamento	<input type="checkbox"/>	Gonfiore	<input type="checkbox"/>
Intorpidimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilità	<input type="checkbox"/>	Fistola	<input type="checkbox"/>
Asintomatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				

INFORMAZIONI CHIRURGICHE- PROCEDURE ADDIZIONALI

(es aumento di seno o crestale):

	Data di rimozione			
	<div style="background-color: #e0f0ff; width: 100%; height: 20px;"></div>			
Raggiungimento stabilità primaria:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Torque di inserimento (Ncm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<20N	20-35N	35-50N	>50N
Quoziente di stabilità implantare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Povera	Buona		

INFORMAZIONI SULLE FRESE

Numero di utilizzi delle frese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1-10	11-20	20-30	30+
Metodo di pulizia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Manuale	Ultrasuoni	Lavastrumenti	
Metodo di sterilizzazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autoclave	Calore secco	Chemiclave	
Altro:	<div style="background-color: #e0f0ff; height: 30px;"></div>			
Descrizione del problema (Prego includere ogni informazioni appropriata)	<div style="background-color: #e0f0ff; height: 50px;"></div>			

Si prega di sterilizzare tutti gli articoli riposti nell'apposito contenitore sigillato e di riporle in busta imbottita onde evitare danneggiamenti.

Firma

Data

2) PERDITA TARDIVA DI IMPIANTO

Dopo l'iniziale periodo di guarigione, l'impianto si è osteointegrato, quindi la fase protesica è stata realizzata.

Perimplantite

Frattura impianto

Data dell'evento

Dettagli dell'evento

[Empty input field for event date]

[Empty input field for event details]

► Se concomitante segnate quale di questi eventi era presente:

		Si	No			Si	No		
Trauma / Incidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sovra-riscaldamento d'osso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sovraccarico traumatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarsa igiene orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Danneggiamento del nervo mandibolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inserzione immediata in sito post estrattivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perforazione del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insufficienza di quantità/qualità ossea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni d'infezione nel sito di inserimento dell'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adiacenza ad un dente endodontico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carico immediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

► Quali dei seguenti aspetti erano presenti?

Dolore	<input type="checkbox"/>	Sanguinamento	<input type="checkbox"/>	Gonfiore	<input type="checkbox"/>
Intorpidimento	<input type="checkbox"/>	Mobilità	<input type="checkbox"/>	Fistola	<input type="checkbox"/>
Asintomatico	<input type="checkbox"/>				
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

INFORMAZIONI PROTESICHE

Protesica

Corona singola	<input type="checkbox"/>	cementata	Protesi fissa ad arcata completa	<input type="checkbox"/>	cementata
	<input type="checkbox"/>	avvitata		<input type="checkbox"/>	avvitata
Protesi parziale fissa	<input type="checkbox"/>	cementata	<input type="checkbox"/>	a modo Toronto	
	<input type="checkbox"/>	avvitata	<input type="checkbox"/>	Overdenture	

► Abutment	Si	No
Abutment standard o angolato per protesi cementata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connettore standard o angolato per protesi avvitata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titanium base+pilastri calcinabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD CAM abutment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sferoblock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Posizione della corona e dell'abutment	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abutment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
corona	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
abutment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) PROBLEMA PROTESICO

Data dell'evento: Dettagli dell'evento:

Protesica

Corona singola	<input type="checkbox"/> cementata	Protesi fissa ad arcata completa	<input type="checkbox"/> cementata
	<input type="checkbox"/> avvitata		<input type="checkbox"/> avvitata
Protesi parziale fissa	<input type="checkbox"/> cementata	<input type="checkbox"/> a modo Toronto	
	<input type="checkbox"/> avvitata	<input type="checkbox"/> Overdenture	

► **Abutment**

	Si	No
Abutment standard o angolato per protesi cementata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connettore standard o angolato per protesi avvitata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titanium base+pilastrini calcinabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD CAM abutment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sferoblock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Posizione della corona e dell'abutment**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abutment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abutment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Torque di serraggio della vite di ritenzione**

<20N 20N 25N 30N 35 >35N

4) DIFETTO DEGLI STRUMENTI

1. Prima dell'utilizzo

Data dell'evento

Descrizione del problema

2. Dopo l'utilizzo

Descrizione del problema

INFORMAZIONI SULLE FRESE

Numero di utilizzi delle frese:

1-10

11-20

21-30

30+

Metodo di pulizia utilizzato:

Manuale

Ultrasuoni

Lavastrumenti

Metodo di sterilizzazione:

Autoclave

Calore Secco

Autoclave Chimica

Altro:

► Sono presenti alcune di queste sostanze nel liquido disinfettante/sterilizzazione?

	Si	No
Cloro, acido ossalico, perossido di idrogeno (H ₂ O ₂)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cloro, acidi ossidanti (acido nitrico, acido solforico, acido ossalico), perossido di idrogeno (H ₂ O ₂)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valori PH fuori dall'intervallo 5-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solventi organici (alcol, etere, chetone e benzina), perossido di idrogeno (H ₂ O ₂), aldeide, alogeni (cloro, iodio, bromo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si prega di sterilizzare tutti gli articoli riposti nell'apposito contenitore sigillato e di riporle in busta imbottita onde evitare danneggiamenti.

Firma

Data

Ulteriore problema

Descrizione del problema

Data dell'evento