

4 Informação do Paciente

ID Paciente / Ref

Idade

☐

m

☐

f

País de residência

5 História Clínica Paciente

Alguma doença conhecida?

☐

Não

☐

Sim (Especificar)

Algum tratamento em específico (quimioterapia, radioterapia...)?

☐

Não

☐

Sim (Especificar)

Alguma Medicação?

☐

Não

☐

Sim (Especificar)

Algum hábito parafuncional (bruxismo...)?

☐

Não

☐

Sim (Especificar)

Alguma infecção?

☐

Não

☐

Sim (Especificar)

Densidade óssea

☐

Tipo I

☐

Tipo II

☐

Tipo III

☐

Tipo IV

Quantidade óssea

☐

Fraca

☐

Moderada

☐

Boa

Higiene oral

☐

Fraca

☐

Moderada

☐

Boa

Fumador

☐

Não

☐

Sim

6 Informação Tratamento

As instruções de utilização e o guia do utilizador, válidos no momento do tratamento, foram rigorosamente seguidos?

☐

Não

☐

Sim

O Patent™ Symbionic Tooth e/ou o Componente Protético Patent™ foram utilizados em combinação com produtos de outros fabricantes?

☐

Não

☐

Sim (Especificar)

Data colocação do implante DD/MM/AAAA

Fazedor de rosca utilizado?

☐

Não

☐

Sim

No. do dente

Colocação Imediata

☐

Não

☐

Sim

Tipo de protocolo de inserção?

☐

Manual

☐

Motor

Carga Imediata

☐

Não

☐

Sim

Broca de perfil?

☐

Não

☐

Sim

Estabilidade primária

☐

Faible

☐

Moderada

☐

Bonne

Estabilidade secundária (osteointegração)

☐

Fraca

☐

Moderada

☐

Boa

Alguma medicação pré tratamento (antibióticos...)? ☐ Não ☐ Sim (Especificar)

Alguma cirurgia adicional? ☐ Não ☐ Sim (Especificar)

7 Informação adicional relativa ao evento/reclamação

Por favor notar que o(s) produto(s) em causa é/são uma parte essencial da avaliação da reclamação e necessita ser entregue à Patent Medical AG para avaliação. Os produtos devolvidos só são aceites quando esterilizados em conformidade e embalados em mangas com clara mudança de cor do indicador de esterilização. Em alternativa a este indicador, são também aceites protocolos ou registos de esterilização.

☐ Confirmo que o(s) produto(s) está(ão) esterilizado(s) e embalado(s) em mangas.
É visível uma clara mudança de cor do indicador de esterilização ou um protocolo / registo de esterilização.

Data

Assinatura

Imediatamente após o preenchimento deste formulário de reclamação, devem ser realizadas as seguintes tarefas:

- O(s) produto(s) esterilizado(s) de preocupação enumerados no Capítulo 3 devem ser enviados juntamente com a versão física original do formulário para o seguinte endereço:

Expedição da UE (**ZV3 – Zircon Vision GmbH**, Am Eschengrund 7, 83135 Schechen, Alemanha)
Expedição da Suíça (**Patent Medical AG**, Eggstrasse 91, 8803 Rüschlikon, Suíça)

