

# Adin Dental Implant Systems LTD

Form: 8.2.2.00.02

Revision: 1.0.1

Effective Date: 13.04.2021



## Formulario de comunicación de fracaso de implante/s

- Rellene todos los campos con un bolígrafo azul/negro.
- Por motivos de seguridad, los artículos usados deben esterilizarse antes del envío y enviarse en un bolsa de esterilización con testigo.
- Este formulario sirve hasta para 3 implantes, si fuera necesario adjunte un formulario adicional.

Etiqueta  
del  
implanteEtiqueta  
del  
implanteEtiqueta  
del  
implante

### Información del cliente

Nombre del Doctor:

Nombre y dirección de la clinica  
(sello):Información de contacto de la clínica:  
Teléfono:  
email:Referencia/s del catálogo ADIN del/los artículo/s a  
reportar:

Número/s de Lote:

Otra información:

### Información del Implante.

Tipo de hueso:

Sin colgajo  
 SI  NoImplante/s inmediato:  
 SI  NoCarga inmediata:  
 SI  No

Fecha de la carga:

Fecha de colocación del/los implante/s:

Fecha de extracción del/los  
implante/s:

Posición/es del/los implante/s extraído/s:

**Motivo de la extracción del implante:** *en caso de fractura, por favor adjunte radiografías del implante a partir de las fechas de colocación y extracción para una investigación adicional (obligatorio).*

 Infección Movilidad Dolor Granuloma Cicatrización Penetración de seno Pérdida de hueso Fractura de implante Daño al nervio Otro (proporcionar explicación):

Resultado del paciente:

**Indetificación de HC del Paciente:**

Edad:

 Mujer Hombre Nada que reportar Fumador Hipertensión Problemas  
Cardíacos Diabetes Alcoholismo Trauma  
Detalle: Cancer,  
Tratamiento: Quimioterapia / Radioterapia Otros (especifique):

Formulario completado por:

Firma:

Fecha:

### Solo para uso del coordinador de control de calidad de Adin:

Codigo Cliente:

Llamada de servicio N°:

Nivel de Reclamación: 1 / 2 / 3

Investigación? SI / NO

Explicación:

¿Participación del distribuidor? SI / NO

Nombre y Firma: