

STICKER

**FORMULARIO DE REPORTE DE IMPLANTES DENTALES FALLIDOS
SEGUIMIENTO DE REPOSICIONES (DM-PR-07-FR-17 V2)**

Fecha: _____ No. Formulario: _____
Cliente: _____ NIT o C.C.: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Teléfonos: _____ Factura/Remisión No. _____

Para poder acceder a ésta garantía debe diligenciar éste formulario completamente y anexar la totalidad de los documentos solicitados, de lo contrario no se dará trámite a su solicitud. El estudio para reposición de un implante convencional es vigente hasta un año después de su compra. REDENCOL realizará la reposición del implante si la falla está relacionada con la calidad del producto y tendrá validez solo una vez. No se hace reposición de Minimplantes ni Aditamentos. Ver Comunicado Reposición de Implantes Fallidos en www.redencol.com.co

I. INSTRUCCIONES PARA LA DEVOLUCIÓN

1. Envíe a REDENCOL el implante fallido en un sobre de esterilización completamente limpio y desinfectado, cada implante debe ser enviado en un sobre diferente.
2. Anexar los siguientes documentos:
 - a. Copia de la factura de compra del Implante fallido
 - b. Soporte radiográfico Pre-quirúrgico, debidamente identificado
 - c. Soporte radiográfico Post-quirúrgico – con implante
 - d. Soporte radiográfico Post- implante fallido, debidamente identificado
 - e. Diligenciar completamente este formulario y adicionar Sticker de identificación del implante
 - f. Describir detalladamente el evento adverso presentado
3. El formulario y los requisitos solicitados deben ser entregados antes de cumplir un mes de haber descubierto que el implante ha fallado.

II. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Masculino
 Femenino

HISTORIA MEDICA(Revise todas las aplicaciones)

Desórdenes sanguíneos Endocrino radioterapia Xerostomía Hipertensión Arterial
 Genitourinario Diabétes quimioterapia Cancer Cardiovascular
 Osteoporosis Pulmonares Desórdenes inmunes Fumador Historia de uso de alcohol
 Uso Drogas Otro

Que medicamentos toma el paciente o se le medico después del procedimiento?

Higiene oral: Excelente Buena Moderada Deficiente

III. INFORMACIÓN DEL ODONTOLOGO TRATANTE:

Nombre del Odontólogo: _____

Especialidad: _____

Título y año: _____

Tiempo de experiencia en implantología:

0-1 año ___ 1-5 años ___ >5 años ___

IV. INFORMACIÓN DEL IMPLANTE Y PROCEDIMIENTO

Marca: _____ Referencia: _____ Lote: _____

Fecha de colocación del implante: _____

Lugar de colocación del implante: _____

Fecha falla del implante: _____

Fecha de 2ª fase quirúrgica: _____

Fecha rehabilitación definitiva: _____

Tipo de restauración usada: _____

Número de implantes colocados: _____ Número de implantes fallidos: _____

HISTORIA DEL ÁREA DEL IMPLANTE: Trauma Irradiación Periodontitis

Mucositis Otra clase de implante Regeneración ósea

Ninguna de las anteriores

Razón de la pérdida del implante: Estabilidad inicial inadecuada Fractura del implante Sobrecarga o presión biomecánica

Movilidad del implante Peri-implantitis Infección Mal funcionamiento del implante

Trauma o accidente Pérdida de oseointegración Otra, mencione cual.

El implante fue colocado post extracción? ___ Sí ___ No

El implante fue colocado en un sitio injertado previa o simultáneamente? Sí ___ No ___

El implante fue cargado (provisional o definitivo) antes del fracaso?

No Sí: Describa la carga Carga inmediata (Después de 48 horas)

Carga temprana (Después de 8 semanas)

Carga tardía o tradicional (3-4 meses mandíbula, 4-6 meses maxilar)

El instrumental con el que colocó su implante es: ___ Préstamo ___ Propio

Descripción del evento: _____

SOLICITUD DE IMPLANTE DE REPOSICIÓN

Las dimensiones del implante que necesita son: _____

Firma y sello del Odontólogo: _____