

Медицинское изделие должно быть упаковано в крафт-пакет с одной прозрачной стороной и простерилизовано.  
(прикрепить сюда)

Day	Month	Year
		2 0

заполняется дистрибьютором

## Бланк рекламации

### Инструкция по заполнению (Instructions for a complaint).

- Настоящая рекламация предназначена для выявления, определения причин возникновения неудачи с установкой имплантата и обязательна для заполнения при подаче рекламации по каждому несостоятельности имплантата.
- **Перед отправкой имплантата для оценки компанией Dentium Co., Ltd. имплантат должен быть очищен и дезинфицирован. Каждый имплантат следует отправлять по отдельности, вместе с заполненной формой, в течение 15 дней со дня извещения о несостоятельности имплантата.**
- **К бланку обязательно должны быть приложены оригинал стикер-наклейки и 2 рентгеновских снимка:**
  - 1) в день установки имплантата,
  - 2) в день удаления (основание/ причины удаления имплантата)
- Все поля обязательны для заполнения!
- На каждый имплантат заполняется отдельная рекламация!
- Срок рассмотрения рекламационного обращения до 30 рабочих дней.
- **Product returns must be cleaned and disinfected prior to returning for evaluation by Dentium Co., Ltd. Each product must be returned separately with a completed form within 15 day of reporting the failure to Dentium.**

Извещение о несостоятельности имплантата Implant Failure Report	(№) CN	Дата заполнения Aware Date	Day	Month	Year
					2 0

### Информация о организации и враче выполнявшем операцию (Practitioner Information)

Ф.И.О. хирурга (Surgeon): \_\_\_\_\_  
Название организации: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Адрес организации (Address): \_\_\_\_\_ Тел (Phone): \_\_\_\_\_  
Город (населенный пункт): \_\_\_\_\_ Улица, № дома: \_\_\_\_\_

### Информация о пациенте (Patient Information)

Стом. карта № (Patient ID): \_\_\_\_\_ Пол (Sex):  М (Male)  Ж (Female), Возраст (Age): \_\_\_\_\_  
**Анамнез (Medical History):**  Бруксизм (Bruxism)  Курение (Tobacco Use)  
 Гипертония (Hypertension)  Сахарный диабет (Diabetics)  Заболевания сердца (Cardiac Disease)  Рак (Cancer)  
 Заболевания щитовидной железы (Thyroid Disorders)  Другое (Поясните) Other: \_\_\_\_\_  
**Гигиена полости рта (Oral Hygiene):**  Хорошая (Good)  Средняя (Moderate)  Неудовлетворительная (Poor)  
**Состояние кости (Bone Condition):**  D1  D2  D3  D4

### Информация об операции (Surgery Information)

Дата установки имплантата (Implant Placement Date):

Day	Month	Year
		2 0
		2 0

Дата удаления имплантата (Implant Removal Date):

Вид операции (Surgery):

- Традиционная 2-хэтапная (Traditional 2 stage)  Одноэтапная (One Stage)
- Имплантат был установлен с полным ушиванием лоскута (Fixture was placed with primary closure)
- Установлен формирователь десны (Healing Abutment load)
- Немедленная установка (Immediate Impl. Placement)
- Немедленная нагрузка (Immediate Loading)

Локализация имплантата (№ зуба) Implant (Tooth) Location No.

R								L							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<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"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<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"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Полный артикул имплантата  
Implant Model No.

место для стикера

**Подготовка ложа имплантата (Implant Site Preparaton):**

- Препарирование (Drilling)  Расширение кости (Bone Expanding)  
 Конденсация кости (Bone Condensing)  Расщепление кости (Bone Spreading)  
 Метчик резьбы (Thread Cutter)  Другие (Others) \_\_\_\_\_

**Использовались ли остеопластические материалы (Bone augmentation material use):**

- До имплантации (Preoperative)  
 Во время имплантации (At Time of Implant Placement)  
 Не использовался (None)

Трансплантат (Grafting Materials) \_\_\_\_\_

**Ортопедическое лечение (Prosthetic Treatment):**

- Цементная фиксация (Cemented)  Да (Yes)  Нет (No)  
 Винтовая фиксация (Screw Retained)  Одиночная коронка (Single)  Мост (Bridge)  
 С опорой на имплант/ зуб (Implant/ Tuth supported)  Съёмный протез (Denture)  
 Другое (Поясните) Other (Please explain): \_\_\_\_\_  Только с опорой на имплант (Only Implan Supported)

**Диагноз/ причина возврата (Reason for returning/ Diagnosis):** \_\_\_\_\_

- Фрактура имплантата (Fracture of Implant)  Проблема с инструментом (Tool Issue): \_\_\_\_\_  
 Перелом абатмента (Abutment Fracture)  Заводской дефект имплантата (Factory Implant Defect)

**Момент отторжения/ извлечения (Time of Implant Loss/ Explantation):**

- Период заживления (Healing Period)  До функциональной нагрузки (Prior to Functional Loading)  
 Повторный вход (Re-entry)  После функциональной нагрузки (After Functional Loading)

**Причина удаления имплантата (Implant Removed Because Of): (возможно несколько причин)**

- Инфекция (Infection)  Подвижность (Mobility)  Остеолизис (Osteolysis)  Состояния кости (Bone condition)  
 Парестезия (Abnormal Senation)  Оклюзионная перегрузка (Occlusal Overload)  
 Прогрессирующая потеря кости (Progressive Bone Loss)  Разрушение имплантата (Implant Fracture)  
 Непредвиденная хирургическая травма (Unexpected surgical trauma)  Периимплантит (Periimplantitis)  
 Неудовлетворительная гигиена полости рта (Poor oral hygiene)  Другое (Поясните) Other (please explain): \_\_\_\_\_

**Версия пациента (Patient Outcome):** \_\_\_\_\_

**Информация о враче-ортопеде (в случае выполнения ортопедических манипуляций)  
Restorative Doctor Information (if applicable)**

Ф.И.О (Name): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Адрес (Address): \_\_\_\_\_ Телефон (Phone): \_\_\_\_\_

**NB! Контрольная дезинфекция компонента подлежащего обмену проведена:**

(Verification disinfection completed)

Day	Month	Year
		20

Подпись (Signature): \_\_\_\_\_

Дата (Date): \_\_\_\_\_

М. П.  
(ЛПУ или личной печати врача)

Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_