

anagrafica cliente

nome del clinico _____ | studio _____
 indirizzo _____
 telefono _____ | e-mail _____
 consulente di riferimento _____

tipo di impianto

modello _____	N. LOTTO _____	data inserimento G/M/A _____	data rimozione G/M/A _____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

posizionamento impianti

mascellare	dente	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	lunghezza																
	diámetro																

mandibolare	dente	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	lunghezza																
	diámetro																

informazioni sul paziente

età _____ | sesso M F fumatore S N | allergie / altre patologie _____
 diabete mellito | immunoresistenza compressa _____
 patologia richiedente steroidi | disturbi di emocoagulazione _____
 disturbi psicologici | patologia endocrina _____

informazioni sull'evento

qualità dell'osso tipo I II III IV | maschiatura del sito S N | carico immediato S N
 stabilità primaria S N | osseo integrazione S N

ai fini della garanzia, si prega di riportare le motivazioni per il mancato utilizzo dell'impianto:

confezione/prodotto non conforme | mancata osteointegrazione
 perdita di sterilità | altro

è necessario restituire il presente modulo completo in tutte le sue parti ed il prodotto imbustato ed autoclavato

data _____

firma _____

