GLOBAL D A SU ATENCIÓN : CUESTIONARIO A COMPLETAR Y DEVOLVER NO OSTEOINTEGRACIÓN (QEI)

Parte resarvada para GD (ADV/SAV)
Número de archivo : EI_AAAA_x

Checklist de elementos obligatorios de adjuntar al expediente :
1. **Productos deben ser DESCONTAMINADOS, LIMPIADOS Y ESTERILIZADOS**
2. **Radiografía de control ANTES Y DESPUÉS de la colocación y extracción del implante y cargea de la prótesis.**

1. INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL MÉDICO

Codigo cliente (en albarán o factura) : .....

Nombre del médico (que ha tenido la disfunción) : .....

ID Paciente : ..... (facultativo)

2. PRODUCTOS DEVUELTOS

Referencia del implante	N° de lote del implante	Referencia de la pieza protésica	N° de lote de la pieza protésica	N° diente	Fecha de colocación (/ /)	Fecha de extracción (/ /)	Fecha de colocación de la prótesis (/ /)
☐ desconocida	☐ desconocido	☐ desconocida ☐ n/a	☐ desconocido ☐ n/a	☐ desconocido	☐ desconocida	☐ desconocida	☐ desconocida ☐ n/a
☐ desconocida	☐ desconocido	☐ desconocida ☐ n/a	☐ desconocido ☐ n/a	☐ desconocido	☐ desconocida	☐ desconocida	☐ desconocida ☐ n/a
☐ desconocida	☐ desconocido	☐ desconocida ☐ n/a	☐ desconocido ☐ n/a	☐ desconocido	☐ desconocida	☐ desconocida	☐ desconocida ☐ n/a

Otros sitios implantados ? ☐ No ☐ Si, precisar el n° de sitios: .....

3.DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA

Caída del implante ☐ No ☐ Sí, especifique las circunstancias: .....

Ausencia de estabilidad primaria durante la colocación ☐ No ☐ Sí

Fracaso precoz/primario (no osteointegración) ☐ No ☐ Sí, marque las casillas correspondientes:

- Desgaste de taladros ☐ No ☐ Sí
- Reutilización de un tornillo de cicatrización ☐ No ☐ Sí
- Calentamiento del hueso (temperatura > 47°C durante más de un minuto) ☐ No ☐ Sí
- Insuficiente estabilidad primaria ☐ No ☐ Sí
- Compresión excesiva del hueso ☐ No ☐ Sí
- Defecto de vascularización ósea ☐ No ☐ Sí
- Carga prematura ☐ No ☐ Sí
- Procesos infecciosos/inflamatorios inducidos ☐ No ☐ Sí
- Alergia al titanio ☐ No ☐ Sí

Fracaso tarde/secundario (no osteointegración) ☐ No ☐ Sí, marque las casillas correspondientes:

- Sobrecarga ☐ No ☐ Sí
- Ajuste oclusal del paciente en posición sentada y MOI en cada visita ☐ No ☐ Sí
- Bruxismo ☐ No ☐ Sí
- La fusión del sellador de cemento persiste por debajo del margen de la prótesis ☐ No ☐ Sí
- Defecto de pasividad de la estructura de la prótesis ☐ No ☐ Sí
- Desarrollo de la placa bacteriana ☐ No ☐ Sí
- Periimplantitis ☐ No ☐ Sí
- Otros (condición médica, adicción, medicación, etc.): .....

Dolor al masticar ☐ No ☐ Sí

La movilidad de los implantes ☐ No ☐ Sí

Expulsión espontánea del implante ☐ No ☐ Sí

Pérdida de hueso * ☐ No ☐ Sí ** radiografía mayor a la mitad de la longitud del implante*

Exudado incontrolado ☐ No ☐ Sí

Otro, especificar: .....

4.SOBRE LA CIRUGÍA Y EL PACIENTE

Diámetro de la fresa empleada en último lugar:..... (excepto EVL)

El par de apriete del implante: .....

Tipo de colocación	Cirugía	Carga	Restauración	Prótesis
☐ Post-extracción	☐ 1 tiempo	☐ Inmediata	☐ Unitaria	☐ Cementada
☐ Diferida	☐ 2 tiempos	☐ Progresiva (uso de provisional)	☐ Multiple	☐ Atornillada
		☐ Diferida	☐ Completa	

Edad : ..... **Sexo** : ☐ MUJER ☐ HOMBRE **Tipología de hueso :** ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4

Otros comentarios : .....