

Campos mínimos obligatorios y necesarios para la evaluación de su caso

1. INFORMACIÓN CLIENTE/PROFESIONAL Y HISTORIAL DEL PACIENTE

Código cliente (en albarán o factura) :

Nombre del médico (que ha tenido la disfunción) :

ID Paciente : (facultativo)

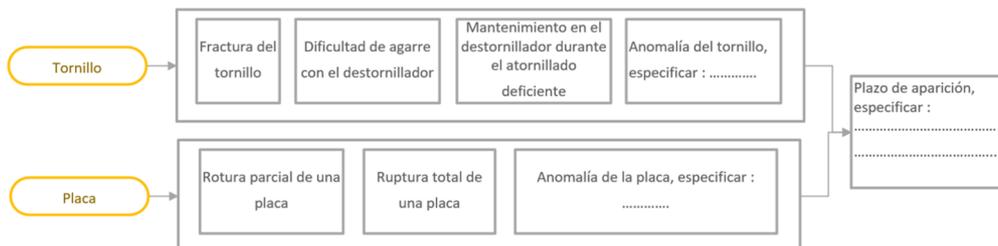
2. TRAZABILIDAD ATENCIÓN : Instrumental y el mat. Interacción* deben ser devueltos limpiados, descontaminados y esterilizados

Localización del implante: Mandíbula Maxilar Cráneo

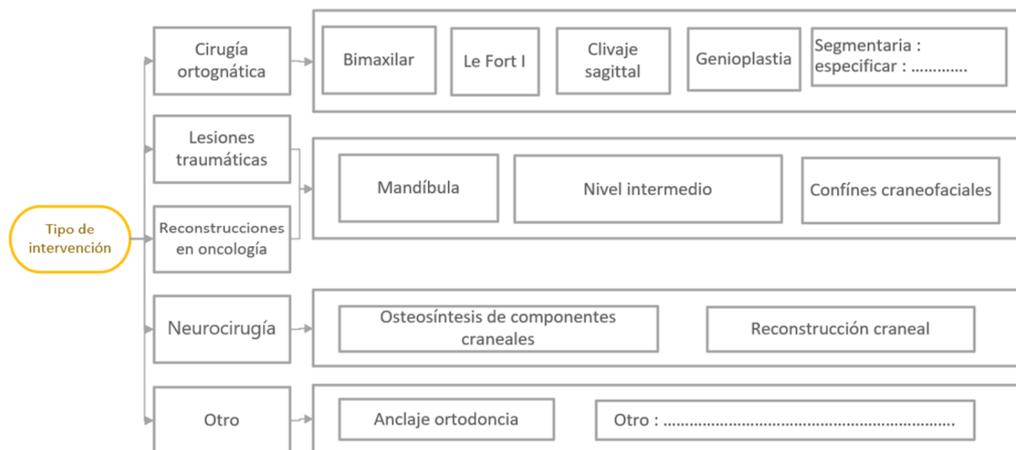
Implante : Referencia : Lote : Fecha de colocación : Date de extracción :

Instrumental asociado* : Referencia : Lote : (*en interacción en el momento de la disfunción)

3. TIPO DE DISFUNCIÓN: rodear los valores aplicables



4. INFORMACIONES QUIRÚRGICAS: rodear los valores aplicables



5. LOCALIZACIÓN DE LA DISFUNCIÓN

Tornillo : Cabeza Malla Punta Placa : Ojete Puente Muesca

6. MODALIDADES QUIRÚRGICAS

Preperforación (si tornillo) : No Sí, especificar qué taladro (∅) : No se sabe

Conformación de la placa : =< 2 arreglos >= 3 arreglos No se sabe

Conformación con instrumentos específicos (Sí/No) : No se sabe

Técnica de atornillado : Manual Con un motor Preperforación (Sí/No) : No se sabe

7. GESTIÓN DEL EVENTO

Preoperatorio Simple ajuste del material Cambio de material
 Desmontaje seguido de un montaje con el mismo material Cambio de indicación o plano de tratamiento

Postoperatorio Tratamiento médico Reoperación
 Extracción del material Fragmento del implante todavía en su sitio

8. CONTEXTO GENERAL

Salud del paciente : Buena Mediana Mediocre No se sabe

Hygiene bucal : Buena Mediana Mala No se sabe

Antecedentes de cirugía maxilofacial : No Sí : Fecha DD/MM/AAAA Especificar : No se sabe

Antecedentes de fisioterapia de CMF : No Sí : Fecha DD/MM/AAAA Especificar : No se sabe

Antecedentes extrafaciales No se sabe

Enfermedad general : Ninguna Diabetes Osteoporosis Depresión Hipertensión arterial Alergias No se sabe

Adicción especificar : Tratamientos actuales o recientes especificar :

Comentarios complementarios: