

1. INFORMACIÓN CLIENTE/PROFESIONAL Y HISTORIAL DEL PACIENTE

Código cliente (en albarán o factura):

Nombre del Doctor/a (que ha tenido la disfunción) :

ID Paciente : (facultativo)

ADJUNTAR OBLIGATORIAMENTE :

- Una radio **panorámica o sectorial** de cada etapa del plan de tratamiento (al menos la posterior a la disfunción)
- La **radio de la última visita** antes de la aparición de la disfunción

2. TRAZABILIDAD ATENCIÓN : el implante y la pieza protésica asociada* deben ser devueltas limpiadas, descontaminadas y esterilizadas N° de diente :

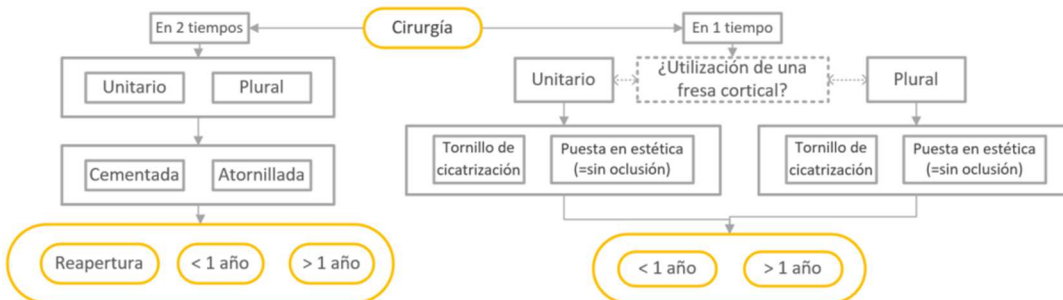
Implante defectuoso: Referencia : ☐ desconocida Fecha de colocación:
Lote : ☐ desconocido Fecha de extracción:

Pieza protésica asociada * : ☐ Sí (completar) ☐ No (n/a)
*con l'implante en el momento del fallo Referencia : ☐ desconocida Fecha de colocación:
Lote : ☐ desconocido Fecha de extracción:

3. TIPO DE DISFUNCIÓN

☐ Bloqueo o inadaptación ☐ Fractura ☐ Activación (3.0) ☐ Otro :

4. INFORMACIONES QUIRÚRGICAS (rodear en la representación gráfica o marcar n/a) n/a (prótesis no efectuada)



5. LOCALIZACIÓN DEL FALLO

☐ Tornillo de cierre ☐ Cuello del implante ☐ Rosca interna ☐ Conexión del implante ☐ Otro :

6. SITUACIÓN PRE/PER/POST CIRUGÍA

☐ Bruxismo/Sobrecarga biomecánica ☐ Indicación no respetada ☐ Enfermedad periodontal ☐ Traumatismo/Accidente
☐ Apertura bucal insuficiente ☐ Bon état de santé général ☐ Infection locale
☐ Complicación durante la preparación del sitio ☐ Otro :

Calidad de hueso: ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4 ☐ No se sabe

Si volumen del hueso insuficiente: ☐ Regeneración Osea Guiada ☐ Injerto óseo: tipo.....Marca.....fecha.....

7. INFORMACIONES SOBRE LA PRÓTESIS

Situación del antagonista

☐ Diente natural ☐ Prótesis fija implantada ☐ Dispositivo removible
☐ Prótesis fijada en el diente ☐ Ausencia del diente ☐ Curva de Spee no restaurada

Material utilizado en el diente restaurado

☐ Resina ☐ Zirconio estratificado ☐ Materiales híbridos
☐ Cerámica y metal ☐ Full zirconio ☐ Otro :

Seguimiento y controles del paciente

Número de consultas: Fecha de la última consulta: JJ/MM/AAAA Control de mordeduras y tratamiento en cada visita: ☐ Sí ☐ No
☐ No se sabe

Comentarios complementarios: