

1. INFORMATION DOSSIER PRATICIEN

Code client (voir BL/Facture) :
Nom du praticien (ayant rencontré le dysfonctionnement) :
ID Patient :

2. ÉLÉMENTS RETOURNÉS



Checklist des pièces à joindre obligatoirement au dossier :

1. **Produits impérativement DECONTAMINÉS, NETTOYÉS ET STÉRILISÉS**
2. **Radios de contrôle AVANT et APRES la pose et la dépose de l'implant et de sa mise en charge du faux-moignon**

Référence de l'implant	Lot Cial de l'implant	Référence de la pièce prothétique	Lot de la pièce prothétique	N° Dent	Date de pose (jj/mm/aa)	Date de dépose (jj/mm/aa)	Date de réalisation de la prothèse (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a
<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a
<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> n/a

Autres sites implantés ? Non Oui, préciser le n° des sites :

3. DESCRIPTION DU PROBLÈME

Chute de l'implant Non Oui, préciser les circonstance :

Absence de stabilité primaire à la pose Non Oui

Echec précoce/primaire (absence d'ostéointégration) Non Oui, cocher les cases applicables :

- Usure des forets Non Oui
- Réutilisation d'une vis de cicatrisation Non Oui
- Echauffement de l'os (température > à 47°C pendant plus d'une minute) Non Oui
- Stabilité primaire insuffisante Non Oui
- Compression excessive de l'os Non Oui
- Défaut de vascularisation osseuse Non Oui
- Mise en charge prématurée Non Oui
- Processus infectieux/inflammatoires induits Non Oui
- Allergie au titane Non Oui

Echec tardif/secondaire (perte d'ostéointégration) Non Oui, cocher les cases applicables :

- Mise en charge excessive Non Oui
- Réglage occlusal patient en position assise et en OIM à chaque visite Non Oui
- Bruxisme Non Oui
- Fusion de ciment de scellement persistant sous la limite prothétique Non Oui
- Défaut de passivité de l'armature prothétique Non Oui
- Développement de plaque bactérienne Non Oui
- Péri-implantite Non Oui
- Autre (état de santé, addiction, médication etc.) :

Douleur à la mastication Non Oui

Mobilité implantaire Non Oui

Expulsion spontanée de l'implant Non Oui

Perte osseuse* Non Oui

Exsudat incontrôlé Non Oui

Autre, préciser :

* radiographique supérieure à la moitié de la longueur implantaire

4. CONCERNANT LA CHIRURGIE & LE PATIENT

Diamètre du dernier foret utilisé : (hors EVL)

Couple de vissage de l'implant :

Type d'implantation
 Post-extractionnelle
 Différée

Chirurgie
 En 1 temps
 En 2 temps

Mise en charge
 Immédiate
 Progressive (avec provisoire)
 Différée

Restauration
 Unitaire
 Multiple
 Complète

Prothèse
 Scellée
 Transvissée

Age : Sexe : FEMME HOMME Qualité osseuse : D1 D2 D3 D4

Commentaires :