

1. INFORMATION CLIENT/PRATICIEN & DOSSIER PATIENT

Code client (voir BL/Facture) :

Nom du praticien (ayant rencontré le dysfonctionnement) :

ID Patient :

2. TRACABILITE ATTENTION : l'implant et l'ancillaire associé* doivent être renvoyés nettoyés, décontaminés et stérilisés

Localisation de l'implant : ☐ Mandibule ☐ Maxillaire ☐ Crâne

Implant : Référence : Lot : Date de pose : Date de dépose :

Ancillaire associé* : Référence : Lot : (*en interaction au moment du dysfonctionnement)

3. TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT : cocher les valeurs applicables

VIS	Fracture de vis	Difficulté de préhension avec le tournevis	Mauvaise tenue dans le tournevis lors du vissage	Anomalie de la vis Précisez :	Délai de survenue Précisez :
PLAQUE	Rupture partielle d'une plaque	Rupture totale d'une plaque	Anomalie de la plaque Précisez :		

4. INFORMATIONS CHIRURGICALES : cocher les valeurs applicables

Type intervention	Chirurgie orthognatique	Bimaxillaire	Le Fort I	Clivage sagittal	Génioplastie	Segmentaire : préciser :
	Lésions traumatiques					
	Reconstructions en oncologie	Mandibule	Etage intermédiaire	Confins crâniotrochiaux		
	Neurochirurgie	Ostéosynthèse de volets crâniens	Reconstruction crânienne			
	Autre	Ancrage orthodontique	Autre :			

5. LOCALISATION DU DYSFONCTIONNEMENT

Vis : ☐ Tête ☐ Filet ☐ Pointe ☐ Plaque : ☐ Oeillet ☐ Pont ☐ Encoche

6. MODALITES CHIRURGICALES

Préforage (si vis) : ☐ Non ☐ Oui, préciser quel foret (Ø) : ☐ NSP*

Conformation de la plaque : ☐ =< 2 ajustements ☐ >= 3 ajustements ☐ NSP*

☐ Conformation avec des instruments spécifiques (O/N) : ☐ NSP*

Technique du vissage : ☐ A la main ☐ Au moteur ☐ Préforage (O/N) : ☐ NSP*

7. PRISE EN CHARGE DE L'EVENEMENT

Peropératoire ☐ Simple ajustement du matériel ☐ Changement de matériel

☐ Démontage suivi d'un remontage avec le même matériel ☐ Changement d'indication ou de plan de traitement

Postopératoire ☐ Traitement médical ☐ Reprise chirurgicale

☐ Dépose du matériel ☐ Fragment de l'implant toujours en place

8. CONTEXTE GENERAL

Etat de santé du patient : ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Médiocre ☐ NSP*

Hygiène buccodentaire : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ NSP*

Antécédents CMF : ☐ Non ☐ Oui : Date Nature : ☐ NSP*

Antécédents physiothérapiques CMF : ☐ Non ☐ Oui : Date Nature : ☐ NSP*

Antécédents extrafaciaux : ☐ NSP*

Maladie générale : ☐ Aucune ☐ Diabète ☐ Ostéoporose ☐ Dépression ☐ HTA ☐ Allergies ☐ NSP*

☐ Addiction préciser : ☐ Traitements en cours ou récents préciser :

Commentaires complémentaires :