

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)

2.TRAZABILIDAD ATENCIÓN : la férula debe ser devuelta limpiada, descontaminada y esterilizada

Referencia : Lote o N° de caso : Fecha de la cirugía:

Tipo de planificación: ☐ Colocación de la mordida estándar ☐ Planificación llave en mano ☐ Pre-planif. 3D ☐ Archivos STL listos para usar

3.TIPO DE DISFUNCIÓN marque los valores aplicables para las férulas en cuestión

FENI = Férula Inicial / FINT = Férula intermedia / FFIN = Férula final

Rotura de la férula ☐ Ninguna ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

Deformación de la férula ☐ Ninguna ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

En caso afirmativo, especifique el protocolo de sterilización :

Desajuste entre férula y dientes ☐ Ninguna ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

Movimientos imposibles ☐ Ningunos ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

Férula demasiado retentiva ☐ Ninguna ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

Férula no suficientemente retentiva ☐ Ninguna ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

Espesor inadecuado de la férula ☐ Ninguno ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

En caso afirmativo, especifique:

Diseño/forma de la férula ☐ Ninguno ☐ Sí FENI ☐ Sí FINT ☐ Sí FFIN

En caso afirmativo, especifique:

Los movimientos realizados por Global D no se ajustan al plan de tratamiento previsto : ☐ No ☐ Sí

Error en el plan de tratamiento proporcionado ☐ No ☐ Sí

Primer tiempo de funcionamiento invertido (bimax) ☐ No ☐ Sí

Propuesta de oclusión final inadecuada ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, especifique:

4. SITUACIÓN PRE CIRUGÍA

La mordida inicial: ☐ Cera ☐ Escaneo intra-oral ☐ Escáner / Cone Beam

Posición inicial de la mordida: ☐ Máxima retracción mandibular ☐ Oclusión centralizada

☐ Oclusión de conveniencia ☐ Otro

Impresiones en estricta neutralidad ortodóntica ☐ No ☐ Sí

¿Modificación del entorno oclusal entre la toma de impresión y el procedimiento? ☐ No ☐ Sí

Patología craneofacial y / o anomalía dental posiblemente asociada con dismorfosis (hendadura, agenesia, etc.) ☐ No. ☐ En caso afirmativo, especifique

Otra situación conocida: ☐ No ☐ En caso afirmativo, especifique:

5.INFORMACIÓN QUIRÚRGICA RELATIVA AL DÍA DE LA OPERACIÓN: marque los valores aplicables

☐ Osteotomía bimaxilar ☐ Osteotomía sagital de las ramas ascendentes ☐ Lefort I ☐ Otro :

Información adicional (procedimiento quirúrgico adicional, extracción de dientes planificada, etc.) ☐ No ☐ En caso afirmativo, especifique:.....

Comentarios adicionales.....