

**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)

**A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

Una radio **panorámica Y sectorial** de cada etapa del plan de tratamiento. Al menos la última visita antes de la aparición de la disfunción y la posterior a la disfunción.

**2. TRAZABILIDAD ATENCIÓN :** la pieza protésica y el producto en interacción\* deben ser devueltos limpiados, descontaminados y esterilizados

N° de diente : .....

Pieza protésica (PP): Referencia : ..... ☐ desconocida  
Lote : ..... ☐ desconocido

Fecha de colocación: .....

Fecha de extracción: .....

Producto en interacción \* : ☐ Oui (compléter) ☐ Non (n/a)

\*con la PP en el momento del fallo Référence : ..... ☐ desconocida

Fecha de colocación (si implante) : .....

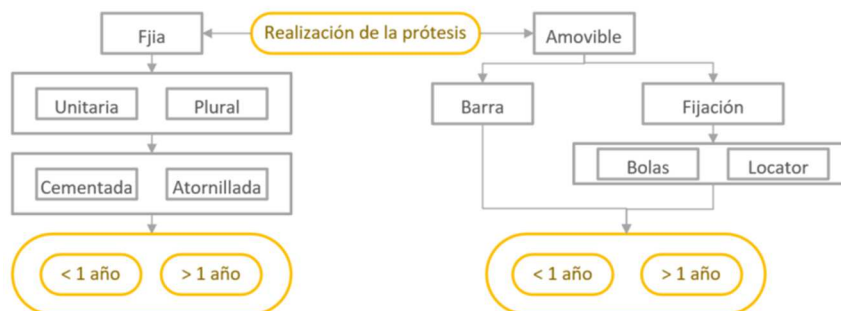
Lot : ..... ☐ desconocido

Fecha de extracción (si implante) : .....

**3. TIPO DE DISFUNCIÓN**

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

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



**5. LOCALIZACIÓN DEL FALLO**

☐ Tornillo de fijación ☐ Parte supra-gingival (corona/barra) ☐ Epaulement / Colerette  
☐ Parte transgingival ☐ Rosca de extracción o rosca interna del componente ☐ Conexión/indexación o rosca externa del componente

**6. SITUACIÓN PRE/PER/POST CIRUGÍA**

☐ Bruxismo/Sobrecarga biomecánica ☐ Indicación no respetada ☐ Enfermedad periodontal ☐ Traumatismo/Accidente  
☐ Apertura bucal insuficiente ☐ Buena salud general ☐ Infección local  
☐ Complicación durante la preparación del sitio ☐ Otro : .....

**7. INFORMACIONES SOBRE LA PRÓTESIS**

**Situación del antagonista** ☐ Diente natural ☐ Dispositivo amovible ☐ Prótesis fija implantada  
☐ Prótesis fijada en el diente ☐ Ausencia del diente ☐ Otro : .....  
**Material utilizado** (diente restaurado) ☐ Resina ☐ Zirconio estratificado ☐ Materiales híbridos  
☐ Cerámica y metal ☐ Full zirconio ☐ Otro : .....  
**Acabado** ☐ Pulido de la conexión masculina ☐ Pasaje del horno ☐ Arenado ☐ Otro : .....

**Seguimiento y controles del paciente**

Número de consultas: ..... Fecha de la última consulta: JJ/MM/AAAA

Control y tratamiento de la mordedura en cada visita: ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

**Comentarios adicionales:** .....