

# AUSENCIA DE OSEOINTEGRACIÓN DEL IMPLANTE \*



Tel: 4825.6581 Fax: 4824.5640  
 e-mail: [ventas@implantvel.com.ar](mailto:ventas@implantvel.com.ar)  
[www.implantvel.com.ar](http://www.implantvel.com.ar)

Fecha: .....

**DATOS PERSONALES:**

Profesional: .....  
 Tel/Cel: .....  
 E-mail: .....

**DATOS DE LA CIRUGIA**

Fecha de la cirugía: .....  
 Fecha del incidente: .....

**DATOS DE/LOS IMPLANTE/S:**

Código: ..... Lote: ..... Reemplazado por: ..... Lote: .....  
 Código: ..... Lote: ..... Reemplazado por: ..... Lote: .....  
 Código: ..... Lote: ..... Reemplazado por: ..... Lote: .....

<p><b>INFORMACION SOBRE EL INCIDENTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Trauma o Accidente</p> <p><input type="checkbox"/> Sobrecarga/ Stress Biomecánico</p> <p><input type="checkbox"/> No integración</p> <p><input type="checkbox"/> Infección</p> <p>Otros: .....</p>	<p><b>¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUN PERFIL RELATIVO?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fumador</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p>Otros: .....</p>	<p><b>DENSIDAD DEL HUESO DONDE SE COLOCÓ EL IMPLANTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alta Densidad (Tipo I)</p> <p><input type="checkbox"/> Media Densidad (Tipo II)</p> <p><input type="checkbox"/> Baja Densidad (Tipo III)</p>
<p><b>¿SE HAN UTILIZADO MATERIALES DE REGENERACION?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Autólogo</p> <p><input type="checkbox"/> Alogénico</p> <p><input type="checkbox"/> Aloplástico</p> <p><input type="checkbox"/> Híbrido</p> <p><input type="checkbox"/> Xenogénico</p>	<p><b>¿EL IMPLANTE FUE COLOCADO POST EXTRACCION?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>¿EL IMPLANTE FUE CARGADO (EN FORMA PROVISORIA O DEFINITIVA) CON ANTERIORIDAD AL FRACASO?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Carga Inmediata – 48 hs.</li> <li><input type="checkbox"/> Carga Temprana- 8 Semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Tradicional -3 a 4 Meses, Maxilar Inferior.</li> <li><input type="checkbox"/> Tradicional -4 a 6 Meses, Maxilar Superior.</li> </ul>

**El mantenimiento incorrecto o inadecuado del instrumental quirúrgico es una de las causas mas frecuentes de fracaso de los implantes en las cirugías.**

**Dentro del instrumental quirúrgico, por su fricción, las fresas y piezas de corte son las más comprometidas.**

**CANTIDAD DE IMPLANTES INSTALADOS CON LA MISMA FRESA:**

Fresa SERIE 3  Fresa SERIE 4  Fresa SERIE 5

**La cantidad de usos recomendada para cada fresa de corte es de 30/40 cirugías, dependiendo del maxilar.**

Nombre del Paciente

Firma y Sello del Profesional

Nº de reclamo

\* El presente formulario debe ser completado en su totalidad para hacer efectiva la garantía