

**Protocole de Garantie des Implants Dentaires**

Tous les implants dentaires Biotech Dental doivent être manipulés et implantés suivant les protocoles chirurgicaux recommandés par Biotech Dental et conformément aux indications et contre indications mentionnées dans la notice d'instructions.

Le protocole de garantie, ci-joint, est applicable uniquement aux implants dentaires Biotech Dental et ayant été implantés en conformité avec les informations listées ci-dessus. Le dossier ne sera étudié que si le praticien répond aux conditions suivantes :

- Renvoi de l'implant ainsi que tous les éléments incriminés (Phases prothétiques ...), **à l'état nettoyé, stérilisé et emballé sous sachet stérile;**
- Envoi des copies des radiographies pré et post-opératoires ainsi que la radio mettant en évidence l'échec implantaire;
- **Retour du questionnaire, ci-après, complété dans le mois après l'échec.**

Ce questionnaire nous permettra d'analyser le cas, dans l'objectif d'améliorer nos produits. Nous vous prions de bien vouloir répondre à toutes ces questions et d'expédier l'ensemble à l'adresse ci-dessous :

BIOTECH DENTAL
Service Qualité
305 Allées de Craponne
13300 SALON DE PROVENCE
qualite@biotech-dental.com
Tél : +33 (0)4 90 44 60 60
Fax : +33(0)4 90 44 60 61



Protocole de Garantie des Implants Dentaires

L'utilisation de composants étrangers au système Biotech Dental engendre le rejet de tout recours formulé à l'encontre de Biotech Dental en matière de garantie ou visant un remplacement de produit.

INFORMATIONS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du clinicien : _____ N°client : _____

Nom du distributeur (Export) :

Nom du praticien (Export) :

Adresse :

Téléphone :

Pays :

Signalé par :

Email :

INFORMATIONS CONCERNANT L'IMPLANT

Référence _____ N° de lot _____ Date de pose (JJ/MM/AAAA) ___/___/___ Date de retrait (JJ/MM/AAAA) ___/___/___ Site de l'implant _____

DESCRIPTION DE L'INCIDENT

- Fracture de l'implant
- Infection péri-implantaire
- Douleur
- Mobilité
- Perte de sensibilité
- Œdème
- Saignement
- Fistule
- Autres : _____

La prothèse a-t-elle été insérée ? Oui Non

Si tel est le cas, veuillez remplir le paragraphe relatif aux informations concernant la prothèse.

Est-ce que l'un de ces critères, serait, selon vous, lié à la perte de l'implant ?

- Traumatisme / Accident
- Quantité/qualité inadéquate de la gencive
- Proximité d'une dent ayant subi un traitement endodontique
- Perforation des sinus
- Difficulté chirurgicale
- Patient immunodéprimé
- Compression du nerf
- Quantité/qualité osseuse inadéquate
- Surcharge biomécanique
- Infection
- Extraction/implantation immédiate
- Trouble de la coagulation
- Surchauffe de l'os
- Autres : _____

RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LE PATIENT

ID patient : _____ Age : _____ Féminin Masculin

Qualité osseuse Type I Type II Type III Type IV

Examen clinique du site d'implantation :

Agénésie dentaire Post-extractionnel Edentition ancienne Edentition récente

Date : ___/___/___ Date : ___/___/___ Date : ___/___/___

Antécédents médicaux : RAS

- Diabète sucré
- Rayonnement dans les régions tête/cou
- Maladie traitée par stéroïdes
- Ostéoporose
- Chimiothérapie dans la période autour de la pose de l'implant
- Consommation abusive de drogues ou d'alcool
- Autres maladies locales ou systémiques pouvant avoir une influence : _____
- Maladie endocrine non-contrôlée
- Xérostomie
- Troubles lymphatiques
- Maladies fibro-osseuses
- Allergies : _____
- Trouble du métabolisme osseux

**Protocole de Garantie des Implants Dentaires****Situation pré/per opératoire :**

- Maladie parodontale Bruxisme Habitudes para fonctionnelles
 Infection locale Complication lors de la préparation du site Troubles de l'occlusion

Le patient est-il fumeur ?

- Oui Non

Si Oui, combien de cigarettes / jour : moins de 10 plus de 10

Hygiène autour de l'implant

- Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

INFORMATIONS CHIRURGICALES

Afin que le protocole de garantie soit étudié, merci de retourner l'ensemble des composants utilisés lors de l'implantation (Implant, vis, phase prothétique, instrument(s) mis en cause dans l'échec)

Nombre approximatif d'utilisations des forets : 1 à 10 10 à 20 +20

Le site a-t-il été taraudé ? / Alésé ? Oui Non

Pose de l'implant : Manuelle Clé à cliquet Contre-angle

Couple de pose de l'implant : _____ N.Cm

La stabilité primaire a-t-elle été obtenue ? Oui Non

Temps de chirurgie : 1 temps chirurgical 2 temps chirurgicaux Mise en esthétique/Charge immédiate

Une greffe osseuse a-t-elle été réalisée sur le Site avant l'implantation ?

Non Oui : Date de la greffe : (JJ/MM/AAAA) __/__/____

Une augmentation osseuse a-t-elle été effectuée lors de l'intervention ?

Non Sinus Crête Matériau utilisé : _____

Une membrane RTG a-t-elle été utilisée ?

Non Oui Résorbable Non-résorbable
 Matériau utilisé : _____

Une greffe de tissus mou a-t-elle été réalisée sur le Site avant l'implantation ?

Non Oui : Date de la greffe : (JJ/MM/AAAA) __/__/____

INFORMATIONS SUR LA PROTHESE (Remplir cette section lorsque la prothèse a été insérée)**Types de prothèse**

- Couronne Bridge Prothèse partielle Prothèse complète
 Prothèse Téléscopique Prothèse Scellée Prothèse Transvissée

Référence Biotech : _____ Numéro de lot : _____

Pose de la vis ou du pilier Clé à cliquet Contre-angle Pose manuelle **Couple de pose** _____ N.Cm

Date de pose de la prothèse provisoire (JJ/MM/AAAA) : __/__/____

Date de pose de la prothèse définitive (JJ/MM/AAAA) : __/__/____

Commentaires :

Le produit retourné doit être impérativement **autoclavé, mis sous emballage** et **marqué** comme **stérile**.
Utiliser un mode de protection adéquat lors de l'expédition (enveloppe à bulles...). **Tout endommagement ou perte du produit entraînera l'annulation du programme de garantie.**

Signature du Praticien :

Date :

Date de mise en application : 26/04/2019