

**Fiche Réclamation Client**

Conditions de traitement de la réclamation :

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

Le dossier ne sera étudié que si le praticien répond **aux conditions suivantes** :

- Renvoi de produit **OBLIGATOIREMENT** 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'incident, si cela concerne l'implant ou le composant prothétique
- **Retour du questionnaire, ci-après, complété dans un délai ≤ 30 jours 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**  
**reclamation@biotech-dental.com**  
**Tél : +33 (0)4 90 44 60 60**  
**Fax : +33(0)4 90 44 60 61**



**Fiche Réclamation Client**

Zone réservée à Biotech Dental	
Date de l'enregistrement : .....	Numéro de dossier : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT LE CLIENT**

Nom de l'établissement de santé :	N° client :
Nom du clinicien :	Téléphone :
Nom du distributeur (Export) :	Email :
Adresse :	Responsable commercial :
Pays :	
Date de la demande : __ / __ / ____	

**Traitement des produits avant envoi**

Produit nettoyé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Produit décontaminé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Produit stérilisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**INFORMATIONS CONCERNANT LE PRODUIT**

**Type de produit :**

<input type="checkbox"/> Anomalie Instrument / Ancillaire	<input type="checkbox"/> Incident prothétique / Composant CAD-CAM
---	---

Référence(s) du/des produit(s)	Numéro de lot Ou Etiquette traçabilité	Quantité
____	____	____
____	____	____
____	____	____
Date d'achat : __ / __ / ____		
Utilisation en bouche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Date de l'incident : __ / __ / ____		Date de pose : __ / __ / ____
Site dentaire		Date de retrait : __ / __ / ____
Nombre d'utilisation :	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> < 10
		<input type="checkbox"/> 10 ≤ 20
		<input type="checkbox"/> > 20
Utilisation de l'ancillaire	<input type="checkbox"/> Manuel	<input type="checkbox"/> Moteur (Marque.....)
Si moteur : Vitesse rotation .....	Couple de serrage..... N.Cm	

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

**Patient**

ID patient :	Age du patient :	Sexe du patient :	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin
Imagerie Médicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

**Antécédents médicaux :**

<input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Xérostomie
<input type="checkbox"/> Diabète sucré	<input type="checkbox"/> Maladie parodontale
<input type="checkbox"/> La déficience en vitamine D	<input type="checkbox"/> Mauvaise hygiène bucco-dentaire
<input type="checkbox"/> Pathologies hématologiques	<input type="checkbox"/> Pathologie cardiovasculaires
<input type="checkbox"/> Prise médicamenteuse	

Date de mise en application : 27/02/2025





Fiche Réclamation Client

Coloration, usure et corrosion

Quelle est la méthode de nettoyage utilisée

- Manuelle uniquement, Par ultrason, Thermo désinfection, Autre (précision obligatoire)

Quel produit a été utilisé lors du nettoyage ?

- Chlorhexidine 2%, Eau oxygénée(H2O2), Sérum physiologique, Aldéhyde : nom de produit....., Alcool 70%, Autre (précision)

Quel matériel a été utilisé lors du nettoyage ?

- Brosses en nylon, Autre (précision obligatoire) ....., Éponge multi usage, Brosse en métal, Laine d'acier

Travaillez-vous sous irrigation ?

- Oui, Non

Délai du temps de trempage : \_\_\_\_\_ en minutes

Avez-vous procédé à un séchage après nettoyage ?

- Oui, Non

Si oui

- Air libre, Machine spécifique : \_\_\_\_\_

Quelle est la méthode de décontamination et stérilisation utilisée ?

- Autoclave, Thermo-désinfecteur, Chémi-clave, Méthode manuelle, Chaleur sèche, Autre (précision obligatoire) ....., Bac à Ultrason

Si Autoclave : quel programme utilisé \_\_\_\_\_ et la durée \_\_\_\_\_

Respect de la charge de l'équipement (pas de surcharge)

- Non, Oui

Equipement contrôlé et maintenu conformément aux instructions du fabricant

- Non, Oui

Cas Conditionnement

Description incident

- Inversion, Emballage ouvert, Corps étranger, Information illisible, Emballage vide, Autre.....

Autres questions

Explications complémentaires sur l'incident :

.....

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 entrainera l'annulation du programme de garantie.

Signature du clinicien :

Date :