

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PRODUCTO

Solo para uso interno

Notificación n°. ___/___

Los dispositivos médicos JDentalCare han sido diseñados para su uso solo con componentes JDentalCare de acuerdo a las instrucciones de uso y el Manual Quirúrgico. Se recomienda el uso de componentes e instrumentos quirúrgicos JDentalCare.

JDentalCare se exime de cualquier responsabilidad de cualquier daño resultante de cualquier otro uso de cualquier otro uso que no sea el especificado en la información del material.

ATENCIÓN! COMO CUMPLIMENTAR Y DEVOLVER PRODUCTOS

De acuerdo al programa de garantía, términos y condiciones de JDentalCare, es posible solicitar una reposición de los productos abajo listados siguiendo estos pasos:

- Rellene un solo producto por módulo con toda la información. Los campos Obligatorios están indicados con un asterisco (*)
- Desinfecte y esterilice el producto antes de su envío en un empaquetado en el que ponga ESTÉRIL
- Empaque y envíe el/ los productos con este formulario y documentos de soporte tales como (Radiografías/ fotografías)
- Envíe a la siguiente dirección:

JDentalCare Srl, Italia
Via Dino Campana, 2
41123 Módena, Italia
Teléfono: +39 059 45425
Email: amministrazione@jidentalcare.com

Nota: En el caso eventual de la no correcta observación de las instrucciones descritas la reposición del producto no está garantizada.

INFORMACIÓN DE CLIENTE*

Nombre		Sello de la Clínica
Organización / Clínica Dental		
Calle		
Ciudad / País / Código Postal		
E-mail / Teléfono		
Persona de contacto.		

INFORMACIÓN DE PRODUCTO*

Tipo de producto: Implante dental Pilar Instrumento / Herramienta
Producto disponible para retorno? Si No

Código		Etiqueta del implante
Lote		
Cantidad		
Fecha de caducidad		

Atención! En el caso de reportes de Implante Dental, por favor ingrese la fecha de la prótesis y los componentes usados*

CÓDIGO	LOTE	Cantidad	Fecha De Caducidad

EVENTO*

Fecha ____/____/____

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fractura / Rotura de Implante | <input type="checkbox"/> Estabilidad primaria no fe posible | <input type="checkbox"/> Trauma Externo | <input type="checkbox"/> Problema de etiquetado |
| <input type="checkbox"/> Fractura / Rotura de componente | <input type="checkbox"/> Fallo de Osteointegración | <input type="checkbox"/> Problema de compatibilidad | <input type="checkbox"/> Problema de empaquetado |
| <input type="checkbox"/> Fractura del tornillo protésico | <input type="checkbox"/> Pérdida de Osteointegración | <input type="checkbox"/> Problema decontaminación | <input type="checkbox"/> Problema decontaminación |
| <input type="checkbox"/> Daño (deformación, defecto de superficie) | <input type="checkbox"/> Caída del driver de implante | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

OCURRENCIA DEL EVENTO*

- Antes del procedimiento clínico (Ej. Cualquier proceso en el que el paciente no esta involucrado)
- Durante el procedimiento clínico (Ej. Durante la colocación del implante/ prótesis)
- Tras el procedimiento clínico (Ej. Durante la colocación de otro implante / prótesis)

Describe el evento/ Incidente:

.....

.....

.....

.....

DESCRIBA EL EVENTO/ INCIDENTE*

ID del paciente: _____ Edad: ____ Sexo: M / F

Calidad Ósea: I II III IV

Higiene Oral: Excelente Justa Pobre

Perfil de paciente: Bruxista Diabético Fumador Ninguno Otros: _____

INFORMACIÓN DEL IMPLANTE*

Posición: _____

Fecha de colocación del implante: _____

Post extracción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Carga Inmediata: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Carga diferida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colocación del Implante y torque:	<input type="checkbox"/> Inserción manual <input type="checkbox"/> Llave dinamométrica <input type="checkbox"/> Pieza de mano Torque: _____ Ncm	
Injerto:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preoperativo <input type="checkbox"/> En el momento de la inserción <input type="checkbox"/> Ninguno Si es afirmativo, Material de Injerto: _____	
Cicatrización:	<input type="checkbox"/> Cicatrizado no sumergido	<input type="checkbox"/> Cicatrizado sumergido

Fecha de pérdida/ Explicación: _____

Tiempo de la pérdida de implante/Explicación:	<input type="checkbox"/> Periodo de cicatrización	<input type="checkbox"/> Reentrada	<input type="checkbox"/> Previa a la carga funcional	<input type="checkbox"/> Tras la carga funcional
---	---	------------------------------------	--	--

INFORMACIÓN DE LA PRÓTESIS (Cumplimentar solo en caso de reclamo de prótesis)

Restauración protésica (temporal): _____		Restauración protésica (definitiva): _____	
Colocación del tornillo protésico y torque:	<input type="checkbox"/> Colocación manual	<input type="checkbox"/> Llave dinamométrica	<input type="checkbox"/> Pieza de mano Torque: _____ Ncm
Tratamiento protésico:	<input type="checkbox"/> Cementado	<input type="checkbox"/> Dentadura parcial fija	<input type="checkbox"/> Sobre dentadura sobre pilar de bola / EMI
	<input type="checkbox"/> Atornillada	<input type="checkbox"/> Dentadura completa	<input type="checkbox"/> Otros: _____

¿FUE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES RELACIONADOS CON EL EVENTO?

<input type="checkbox"/> Trauma / accidente	<input type="checkbox"/> Reabsorción ósea	<input type="checkbox"/> Lecho infra-fresado
<input type="checkbox"/> Cantidad / Calidad ósea inadecuada	<input type="checkbox"/> Sobrecalentamiento del hueso	<input type="checkbox"/> Fractura de Implante / Pilar
<input type="checkbox"/> Calidad / Calidad de encía inadecuada	<input type="checkbox"/> Peri-implantitis	<input type="checkbox"/> Implantación Inmediata
<input type="checkbox"/> Perforación del seno	<input type="checkbox"/> Invasión del nervio	<input type="checkbox"/> Previa / Simultanea injerto de hueso
<input type="checkbox"/> Sobrecarga Biomecánica	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Bruxismo
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

EN EL MOMENTO DEL FRACASO IMPLANTARIO HUBO:

<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Asintomático	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Inflamación
<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> Movilidad	<input type="checkbox"/> Aumento de sensibilidad	<input type="checkbox"/> Other: _____

INFORMACIÓN DE INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS (cumplimentar en caso de reclamo de instrumentos quirúrgicos)

Número Aproximado de Usos:	<input type="checkbox"/> Primer uso	<input type="checkbox"/> 2-10	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> 12-30	<input type="checkbox"/> Más de 30
Métodos de limpieza:	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Ultrasonidos	<input type="checkbox"/> Otros: _____		
Método de esterilización:	<input type="checkbox"/> Autoclave	<input type="checkbox"/> Calor seco	<input type="checkbox"/> Otros: _____		

DECLARACIÓN DE ESTERILIZACIÓN*

Yo, _____ declaro que los productos arriba descritos fueron esterilizados de acuerdo a los estándares ideales.

Responsable de esterilización: _____

Firma: _____

Nota: Los productos que no hayan sido limpiados y esterilizados con la correspondiente confirmación de esterilización no será recibidos o aceptados y su examen y reposición será rechazada.

ACUERDO DE COMPROMISO*

Yo confirmo que la información proporcionada en este formulario de reclamación de producto es correcta y consistente a la ficha del paciente.

Fecha de cumplimentación: _____

Nombre: _____

Firma: _____