

Por favor, enviar el formulario completado por correo electrónico para support@piبرانemark.com

Developed By P-I Brånemark

Profesional a Cargo: _____ **CCL#:** _____
(utilización interna P-I)

Número de Paciente: _____
(Por favor, no insertar información personal del paciente)

Fecha de envío (dd/mm/aa): _____

Anamnesis

Enfermedades preexistentes (especificar) _____ Si () No ()
Historial de enfermedades (especificar) _____ Si () No ()
Hipertensión Arterial _____ Si () No ()
Enfermedad cardíaca o coronaria _____ Si () No ()
Remedios en uso (especificar) _____ Si () No ()
Consumo de drogas, alcohol o tabaco _____ Si () No ()
Higiene dental insuficiente _____ Si () No ()
Exposición a la radiación _____ Si () No ()
Disturbios psicológicos o neurológicos _____ Si () No ()
Factores interfiriendo con la sanación del hueso o de los tejidos blandos (especificar) _____ Si () No ()
Problemas de oclusión _____ Si () No ()
Parafunción _____ Si () No ()

Exámenes Realizados

Diagnóstico oral completo _____ Si () No ()
Imágenes disponibles (especificar) _____ Si () No ()
Otros exámenes (especificar) _____ Si () No ()

Comentarios:

PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

Medicación Previa

Medicación Posterior

Procedimientos

- Carga inmediata _____ Si () No ()
- Carga previa _____ Si () No ()
- Carga posterior _____ Si () No ()
- Injerto (especificar) _____ Si () No ()
- Elevación del seno _____ Si () No ()
- Prótesis provisoria _____ Si () No ()
- Imágenes post cirugía _____ Si () No ()
- Adopción del protocolo quirúrgico recomendado _____ Si () No ()
- Uso de productos P-I originales _____ Si () No ()

Comentarios:

Registro de Productos

Etiqueta de Rastreo del Pilar y del Implante	LOT	Instalación (dd/mm/aa)	Reapertura (dd/mm/aa)	Prótesis (dd/mm/aa)	Pérdida (dd/mm/aa)	Posición (N° de Diente)	Tipo Tejido Hueso (I, II, III, IV)	Torque (Ncm)
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								
Fije la etiqueta aquí o informe el código de producto y N° de LOT								

Informaciones adicionales relacionadas al tratamiento del paciente:

Fecha	Descripción

En su opinión, ¿cuál fue el motivo de la pérdida del producto?

¿Le gustaría recibir Soporte Clínico?

Sí () No ()

¿El paciente resultó lesionado o corría el riesgo de sufrir una lesión?

Sí () No () (En caso afirmativo, explique en el campo Informaciones adicionales relacionadas al tratamiento del paciente)

Término de Garantía - Instrucciones y Condiciones para el reemplazo de productos

El proceso de análisis y el reemplazo de productos está limitado a Implantes y Pilares, y comienza con la devolución del producto dañado, limpio y esterilizado, en conjunto con esta Lista de Verificación Clínica completa, dentro de hasta 30 días después de la pérdida.

§ La Garantía está limitada al reemplazo del producto en caso de pérdida, y se aplica sólo a Implantes y Pilares P-I utilizados exclusivamente con Implantes genuinos P-I. Los productos de repuesto deben ser iguales al producto original.

§ P-I se reserva el derecho de exigir informaciones adicionales para complementar las informaciones presentes en la Lista de Verificación Clínica antes de reemplazar cualquier producto. Si la Check List Clínico y otras informaciones entregadas por el solicitante no son suficientes para identificar el producto como un producto P-I genuino (por ejemplo, códigos de producto o números de lote), el reemplazo puede ser indeferido a criterio de P-I.

§ La Garantía Permanente no cubre, ni responsabiliza a P-I, por cualquier uno de los hechos a seguir: gastos propios, productos o materiales adicionales o tarifas de servicios laboratorios o clínicos (incluyendo, pero sin limitarse a: materiales regenerativos, Pilares de otras marcas, coronas y otras prótesis, y cirugías adicionales), pérdidas o gastos debido a traumas, accidentes, estado de salud del paciente o condiciones médicas, procedimientos clínicos inadecuados o incompletos, causas externas, o la no observación de las Instrucciones para Uso del Producto y sus contraindicaciones.

§ P-I se reserva el derecho de modificar o cancelar la Garantía Permanente o cualquier uno de sus términos de modo parcial o total a cualquier momento, sin que sea necesario el aviso previo. Al comprar y aceptar los productos P-I, y al firmar el formulario de la Check List Clínico, usted acepta estos términos y condiciones.

El llenado de este formulario en sí no constituye una admisión de que el personal médico, el distribuidor, el fabricante o el producto provocaron o contribuyeron para la ocurrencia. Importante: Por favor no envíe piezas. Casos en que son solicitados productos perdidos sólo aceptan envíos después de aprobación previa formalizada. En ese caso, los productos deben ser limpiados, desinfectados y esterilizados.

Firma del profesional responsable por el paciente

Algunos programas pueden no estar disponibles en su región. Verifique contactando a su Distribuidor o Filial más próximos.

pibranemark.com