

Clínico Responsável: _____ **CCL#:** _____
(uso interno P-I)

Número do Paciente: _____
(Por favor, não insira informações pessoais do paciente)

Data de preenchimento (dd/mm/aa):

Anamnese

Doenças pré-existentes (especificar) _____ Sim () Não ()
Histórico de doenças (especificar) _____ Sim () Não ()
Hipertensão arterial _____ Sim () Não ()
Problemas cardíacos ou coronários _____ Sim () Não ()
Medicações em uso (especificar) _____ Sim () Não ()
Usuário de droga, tabaco ou álcool _____ Sim () Não ()
Higiene oral inadequada _____ Sim () Não ()
Exposição do paciente à radiação _____ Sim () Não ()
Distúrbios psicológicos ou neurológicos _____ Sim () Não ()
Fatores que interferem na cicatrização do tecido ósseo/mole (especificar) _____ Sim () Não ()
Condições oclusais inadequadas _____ Sim () Não ()
Parafunção _____ Sim () Não ()

Exames Realizados

Diagnose oral completa _____ Sim () Não ()
Exames por imagem (especificar) _____ Sim () Não ()
Outros exames (especificar) _____ Sim () Não ()

Comentários (descrever histórico de doenças / medicamentos / fatores que comprometem a cicatrização):

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS**Registros de pré-medicação**

Registros de pós-medicação

Procedimentos

- Função imediata _____ Sim () Não ()
- Carga precoce _____ Sim () Não ()
- Carga tardia _____ Sim () Não ()
- Enxerto (se SIM, preencher com inicial conforme legenda abaixo) _____ Sim () Não ()
- Levantamento do seio maxilar _____ Sim () Não ()
- Prótese Provisória _____ Sim () Não ()
- Realização de exames por imagem pós cirúrgico (especificar) _____ Sim () Não ()
- Observação do Protocolo Clínico recomendado _____ Sim () Não ()
- Uso de Componentes originais P-I _____ Sim () Não ()

Comentários:

A = Autógeno | H = Homógeno | X = Xenógeno | S = Sintético

Registro de Produtos

Código Produto	Lote	Instalação (dd/mm/aa)	Reabertura (dd/mm/aa)	Prótese (dd/mm/aa)	Perda (dd/mm/aa)	Posição (Nº Dente)	Tipo Tecido Ósseo (I, II, III, IV)	Torque (Ncm)
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								
Espaço para fixação de etiqueta de identificação								

Deseja reposição por mesmas medidas? Sim () Não ()

Se NÃO, especificar medidas:

Outras informações relativas ao tratamento do paciente na clínica:

Data	Descrição

Em sua opinião, qual o motivo da perda do produto?

Deseja contato Suporte Clínico? Houve ferimento ou risco de ferimento do paciente?

Sim () Não ()

Sim () Não ()

(Se sim, explique no campo acima outras informações relativas ao tratamento do paciente)

Termo de Garantia - instruções e condições para reposição de produtos

O processo de análise e reposição de produtos é limitado a Implantes e Pilares e tem início mediante a apresentação do produto perdido, limpo e esterilizado, acompanhado do Termo de Garantia, preenchido e completo, em até 30 dias contados a partir da data de perda dos produtos.

§ O Programa de Garantia é limitado à substituição do produto em caso de perda, e aplica-se apenas aos Implantes e Pilares P-I, desde que usados exclusivamente com produtos originais P-I. Os produtos de substituição devem ser equivalentes aos produtos originais.

§ A P-I reserva-se ao direito de exigir informações adicionais, a fim de complementar a informação contida no *Check List Clínico* antes de substituir qualquer produto. Se o *Check List Clínico* e outras informações fornecidas pelo solicitante forem insuficientes para identificar o produto como um produto original P-I (por exemplo, códigos ou números de lote), a substituição pode ser negada a critério exclusivo da P-I.

§ O Programa de Garantia não prevê cobertura, e a P-I renuncia expressamente a responsabilidade, em caso de: despesas externas, produtos complementares ou materiais, custos clínicos ou de serviços laboratoriais (incluindo, mas não se limitando, a materiais regenerativos, pilares de terceiros, coroas e outras próteses e cirurgias adicionais), perdas ou despesas devidas ao trauma, acidentes, estado de saúde do paciente ou condições médicas, procedimentos clínicos incompletos ou inadequados, às causas externas, o não cumprimento das Instruções de Uso do produto e contraindicações.

§ A P-I reserva-se ao direito de modificar ou cancelar o Programa de Garantia, ou qualquer um de seus termos, no todo ou em parte, em qualquer momento e sem aviso prévio. Ao comprar e aceitar os produtos, e assinando o formulário *Check List Clínico*, você concorda em cumprir com esses termos e condições.

O preenchimento deste formulário não constitui uma confirmação de que a equipe médica, distribuidor, fabricante, ou produto causaram ou contribuíram para esta ocorrência.

Assinatura do profissional responsável pelo paciente

pibranemark.com

Enviar material autoclavado

A/C Customer Service

Av. Dr. Jesuíno Marcondes Machado, 2242 - Sala A

Chácara da Barra - Campinas/SP - CEP 13090-723