

Sezione #01

Compilare la sezione 1 in TUTTE le sue parti e, a seconda dei casi, le relative sezioni 2, 3, 4 o 5. Inviare un modulo per paziente.

| Informazioni Studio Medico / Cliente Neoss | | | |
|--|--|------------------------|--|
| Nome | | Codice cliente Neoss | |
| Indirizzo (Via, Città, Nazione) | | Telefono | |
| | | Persona di riferimento | |
| Nome del Clinico | | Contatto E-mail | |

| Informazioni sul prodotto (Completare una riga per articolo) | | | | |
|--|-------|----------|--|--|
| Codice articolo | Lotto | Quantità | Data iniziale di utilizzo/ Data di inserimento (DD/MM/YYYY) | Data di insorgenza del problema/ data di rimozione (DD/MM/YYYY) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Informazioni sul Paziente | | | | |
|---|------------|-------|-------|--------|
| Igiene Orale | Eccellente | Buona | Media | Scarsa |
| Fumatore | Si | | No | |
| Storia clinica rilevante | Si | | No | |
| Se SI fornire ulteriori dettagli sotto: | | | | |
| | | | | |

| Aggiungere una breve descrizione del fallimento, problemi di sicurezza (se pertinenti) e ogni informazione che può essere rilevante | |
|---|-------|
| | |
| Frattura | Si No |

Sezione #02

Se ci si riferisce ad IMPIANTI completare la sezione 2 e la sezione 3 (ove applicabile)

| L'impianto è stato restaurato con protesi originali Neoss o ARC? | | | | | | | Si | | No | | |
|--|----------------------|-----------------------|---|---|------------------|----------------|-------------------|---|------------------|-----------|---|
| Quando si è evidenziato il problema? | Durante la chirurgia | In fase di guarigione | | | All' esposizione | | In fase di carico | | Dopo il restauro | | |
| Posizione dell'impianto fallito | Qualità ossea | 1 | 2 | 3 | 4 | Quantità ossea | A | B | C | D | E |
| Posizione dell'impianto fallito (se più impianti) | | 1 | 2 | 3 | 4 | | A | B | C | D | E |
| Posizione dell'impianto fallito (se più impianti) | | 1 | 2 | 3 | 4 | | A | B | C | D | E |
| | | 1=Denso | | | 4=Morbido | | A= Ottima | | | E= Scarsa | |
| E' stata raggiunta la stabilità primaria? | | Si | | | | | No | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| Neoss NCR- number | |
|----------------------|--|

Sezione #03

Se ci si riferisce a PROTESI (inclusi per esempio i pilastri), completare SOLO la sezione qui sotto.

| | | | | |
|--------------------------------|----------------|----------------|-----------------|--------------|
| Tipo | Corona singola | Ponte parziale | Ponte Full Arch | Over denture |
| | Provvisoria | | Definitiva | |
| Tipo di lavoro | Avvitato | Cementato | Sconosciuto | |
| Uso della chiave dinamometrica | Si | Coppia (NCM) | No | |

Sezione #04

Se ci si riferisce a uno STRUMENTO, completare SOLO la sezione qui sotto.

| | | | |
|--------------------|-----|------|-----|
| Numero di utilizzi | 0-1 | 2-10 | 10+ |
|--------------------|-----|------|-----|

Sezione#05

Se ci si riferisce a MEMBRANE, completare SOLO la sezione qui sotto.

| | | |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| Come è stata fissata? | Viti di fissaggio | Pin di fissaggio |
|-----------------------|-------------------|------------------|

Sezione#06

 Si prega di restituire il prodotto e le pagine 1 e 2 del modulo compilato all'indirizzo dell'ufficio locale indicato su: www.neoss.com/support

 NOTA#01: Si prega di rendere TUTTI gli articoli sterili e in una bustina sigillata sulla quale sia ben visibile la prova di sterilizzazione. Se si sterilizzano impianti per favore rimuoverli dalla ampolla di vetro prima della sterilizzazione! Non rendere impianti nell'ampolla di vetro o altri contenitori.

NOTA#02: Si prega di utilizzare buste imbottite per la spedizione degli articoli in modo da evitare danneggiamenti.

| | |
|-------|-----------------------------------|
| Firma | Data di compilazione (DD/MM/YYYY) |
| | |

Per Uso Interno Neoss

| | | |
|--------------------------------|--|----|
| Identified Adverse event | Yes | No |
| Warranty Request | Customer Complaint | |
| Within Neoss Warranty program? | Yes | No |
| Signature | Warranty program assessment performed within complaint handling process. | |
| | Date (DD/MM/YYYY) | |
| | | |