

**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](http://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	Warranty program assessment performed within complaint handling process.
Signature	Date (DD/MM/YYYY)		