

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

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 Email | |

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

| Informazioni sul Paziente | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| ID Paziente Numero o iniziali | | Anno di Nascita | | Sesso | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Igiene Orale | Eccellente <input type="checkbox"/> | | Buona <input type="checkbox"/> | Media <input type="checkbox"/> | Scarsa <input type="checkbox"/> |
| Fumatore | Si <input type="checkbox"/> | | | No <input type="checkbox"/> | |
| Storia clinica rilevante | Si <input type="checkbox"/> | | | No <input type="checkbox"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Sezione #02

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

| Quando si è evidenziato il problema? | Durante la chirurgia <input type="checkbox"/> | In fase di guarigione <input type="checkbox"/> | All'esposizione <input type="checkbox"/> | In fase di carico <input type="checkbox"/> | Dopo il restauro <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|--|---|
| Posizione dell'impianto fallito | Qualità ossea | 1 2 3 4 | Quantità ossea | A B C D E | |
| Posizione dell'impianto fallito (se più impianti) | Qualità ossea | 1 2 3 4 | Quantità ossea | A B C D E | |
| Posizione dell'impianto fallito (se più impianti) | Qualità ossea | 1 2 3 4 | Quantità ossea | A B C D E | |
| | | 1=Denso 4=Morbido | | A= Ottima E= Scarsa | |
| E' stata raggiunta la stabilità primaria? | | Si <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> | |

| | |
|------------------|--|
| 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 <input type="checkbox"/> | Ponte parziale <input type="checkbox"/> | Ponte Full Arch <input type="checkbox"/> | Over denture <input type="checkbox"/> |
| | Provvisoria <input type="checkbox"/> | | Definitiva <input type="checkbox"/> | |
| Tipo di lavoro | Avvitato <input type="checkbox"/> | Cementato <input type="checkbox"/> | Sconosciuto <input type="checkbox"/> | |
| Uso della chiave dinamometrica | Si <input type="checkbox"/> | Coppia (NCM) | No <input type="checkbox"/> | |

Sezione #04

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

| | | | |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Numero di utilizzi | 0-1 <input type="checkbox"/> | 2-10 <input type="checkbox"/> | 10+ <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|

Sezione#05

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

| | | |
|------------------------------|--|---|
| Come è stata fissata? | Viti di fissaggio <input type="checkbox"/> | Pin di fissaggio <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|--|---|

Commenti/Note

1

| | |
|--------------|-----------------------------|
| Firma | Data di compilazione |
| | |

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.

Per favore spedire pagina 1 e 2 del modulo compilato e i prodotti all'indirizzo indicato alla fine di questo modulo:

Neoss Italia S.r.l., Viale Certosa 138 IT-20156 Milano

Tel +39 02 92952 1, Fax +39 02 92952 250, Email neossitalia@neoss.com

Per Uso Interno Neoss

| | | | |
|---|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Richiesta Garanzia | <input type="checkbox"/> | Reclamo Cliente | <input type="checkbox"/> |
| Indicare la data di ricezione del reclamo/garanzia dal Cliente | | | |
| Indicare la data nella quale si sono ricevute tutte le informazioni | | | |
| Il cliente ha ricevuto articoli sostitutivi e ci sono ulteriori problemi da segnalare? | | | |
| Firma | | | Data |
| | | | |