

## DECLARATION GARANTIE IMPLANTAIRE

### A. INFORMATIONS PATIENT (à compléter pour toute déclaration)

Nom du chirurgien:	Référence produit:		
	N° de lot :		
N° de facture :	Liée (✓)	Yes	No
Partie de la bouche :		N° de la dent :	
Date de la pose :	Date du retrait :		

### B. DÉTAILS DE L'OPÉRATION (à part si l'échec a eu lieu avant la pose de l'implant)

Protocole utilisé	Chirurgie en deux étapes	Mise en charge immédiate	Flapless
	Chirurgie en une seule étape	Mise en charge différé	Mise en place immédiate
Qualité de l'os	I	II	III
		IV	

### C. RAISONS DE L'ÉCHEC (à compléter pour toute déclaration)

DEFAILLANCE ANTERIEURE:	FRACTURE:	CONTRA-INDICATIONS:
Mobilité immédiate après la pose	Fracture de l'implant	Qualité/Quantité faible de l'os
Défaillance avant le placement prothétique	Fracture de la vis nécessitant le déplacement de l'implant	Conditions médicales compromises
<b>PERI-IMPLANTITE:</b>		Bruxisme ou serrement excessif des dents
Traitement / Infection persistante après la pose	Fracture de la prothèse nécessitant le déplacement de l'implant	Hygiène dentaire faible
		Fumeur
<b>IRRITATION DES TISSUS :</b>		Membrane sinusienne ou nerf dental endommagé
Douleur/ Inflammation persistante mais sans perte osseuse	<b>INSERTION DU TORQUE:</b>	Echec greffe osseuse
	Distorsion des interfaces directives pendant la pose during placement	<b>AUTRES:</b>
<b>ALLERGIES</b>	Distorsion de la vis pendant la contraction	Demande du patient
		Perte ou stérilisation de l'implant
		Taille inappropriée

**Si les raisons de l'échec ne sont pas listées au-dessus, merci de les décrire:**


**D. (pour les échecs agissant 9 mois après la pose)**

Approuvez-vous la conclusion de la commission d'examen ( ✓ )				Oui	Non
Avez-vous réalisé des Rayons-X?	Oui	Non	Models?	Oui	Non
Merci de préciser quels composants voudriez-vous remplacer et pour quelles raisons?					

**E. A COMPLETER POUR TOUTE DECLARATION**

Signature du chirurgien:	Date:
--------------------------	-------

CADRE RESERVE A SIF:	Date de réception:	Documents associés n°:	N° de série :	
Investigations nécessaires :		Oui	Non	Si oui, CC #:
Raisons pour investigations nulles:	Contre-indication	Données insuffisantes	Données à changer pour identification du besoin	
Autre:				
Signature:		Date:		