

Importante

. LOS DATOS INDICADOS COMO OBLIGATORIOS SON NECESARIOS PARA LA GESTIÓN DE LA INCIDENCIA, EN CASO DE NO CUMPLIMENTARLOS, DIRECTAMENTE LA INCIDENCIA NO SERÁ TRAMITADA.

- . Todos los productos recibidos en Galimplant deben ir acompañados de este formulario debidamente cumplimentado y acompañado con los archivos solicitados en el apartado 12.
- . Los productos se devolverán guardados en una bolsa de esterilización sellada, y realizado el proceso de esterilización en autoclave por el cliente antes de enviar a Galimplant.
- . Si es superado el plazo máximo de 10 días naturales desde que nuestro departamento de calidad sin que haya recibido toda la documentación requerida para el análisis de la incidencia, el departamento de calidad de Galimplant archivará dicho expediente como "no procedente o denegado por falta de datos", sin posibilidad de reabrir el expediente.

1. DATOS DEL CLIENTE

Datos obligatorios *

* Nombre clínica / Razón social: _____
 * Persona contacto: _____ N° cliente: _____
 * Teléfono clínica: _____ * E-mail clínica: _____
 * Dirección completa: _____

2. INFORMACIÓN PRODUCTO / INCIDENCIA

(Si la incidencia afecta a implante y pilar, es necesario, indicar referencia y lote de ambos)

Datos obligatorios *

* Tipo producto	Ref.	* Ref.Catálogo	* Lote	* Cantidad	* Fase de la incidencia
<input type="checkbox"/> Implante	A				<input type="checkbox"/> Pre-quirúrgica <input type="checkbox"/> Post-quirúrgica (Sin prótesis) <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> Post-quirúrgica (Con prótesis)
<input type="checkbox"/> Instrumental	B				
<input type="checkbox"/> Aditamento	C				

3. INFORMACIÓN DE LA INCIDENCIA

(Cumplimentar solo en caso de incidencia pre-quirúrgica o quirúrgica)

Datos obligatorios *

Implante	Instrumental	Aditamento
<input type="checkbox"/> Apertura errónea de medida del implante <input type="checkbox"/> Caída al extraer del envase o vial <input type="checkbox"/> Incidencia con el transportador	<input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> No funcional <input type="checkbox"/> Falta de acople	<input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> No funcional <input type="checkbox"/> Falta de acople
Descripción incidencia: _____		

4. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Cumplimentar solo en caso de incidencia pre-quirúrgica o quirúrgica)

Datos obligatorios *

* N° historial clínico (No indicar nombre): _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer * Edad: _____		
* Fumador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve (Menos de 5 cigarrillos diarios) <input type="checkbox"/> Moderado (Promedio de 6 o 15 cigarrillos diarios) <input type="checkbox"/> Severo (Promedio de más de 16 cigarrillos por día)	* Higiene bucal <input type="checkbox"/> Excelente (Después de cada comida) <input type="checkbox"/> Aceptable (3 veces al día) <input type="checkbox"/> Deficiente (1 vez al día)	Medicación: _____

5. HISTORIAL MÉDICO

(Cumplimentar solo en caso de incidencia pre-quirúrgica o quirúrgica)

Datos obligatorios *

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus. Tipo 1	<input type="checkbox"/> Alcoholismo / Drogadicción	<input type="checkbox"/> Factores psíquicos	<input type="checkbox"/> Paciente inmunocomprometido
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus. Tipo 2	<input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal severa	<input type="checkbox"/> Osteoporosis severa	<input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación
<input type="checkbox"/> Radioterapia en cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Bruxismo / Parafunciones	<input type="checkbox"/> Bifosfonatos	<input type="checkbox"/> Tratamiento con corticoides
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> Alergias a metales	

Otras enfermedades o datos significativos: _____

Importante. Nunca se deberá hacer mención a la identidad del paciente, debe dar código de paciente o iniciales. En caso de que el Usuario envíe información confidencial que pueda revelar la identidad del paciente, Galimplant eliminará esa información.

Los datos de carácter personal que se incluyen en la presente comunicación se incluyen en los tratamientos de datos personales realizados por NUEVA GALIMPLANT SLU, con la finalidad de llevar a cabo la gestión de servicios prestados por la empresa, gestión administrativa y de comunicaciones con los clientes. NUEVA GALIMPLANT SLU le informa que tiene implantadas las medidas de seguridad de índole técnica y organizativas necesarias para garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia de sus datos de carácter personal y evitar su alteración, pérdida, tratamiento y/o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos. Todo ello de conformidad con lo previsto en el Art. 32 del Reglamento Europeo UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose a: NUEVA GALIMPLANT SLU, C. Benigno Quiroga, N°90 - 27600 - Sarria, Lugo (España) o vía e-mail a la dirección dpd@agrsoluciones.com

6. INFORMACIÓN DEL IMPLANTE

Datos obligatorios *

Ref.	* Posición	* Calidad 1 hueso	* Fase quirúrgica		* Torque inserción Ncm	* Fecha implantación dd/mm/aaaa	2 DIB	
			1ª	2ª			Mesial	Distal
A						/ /		
B						/ /		
C						/ /		

1 Calidad y cantidad ósea en la zona (según el índice de Lekholm&Zarb, 1985)

2 Distancia (mm) del implante al hueso en RX 1º contacto

7. INFORMACIÓN INSTRUMENTAL

Datos obligatorios *

Tipo esterilización			Tipo de limpieza		
Autoclave	Autoclave	Esterilización química	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Ultrasonidos	<input type="checkbox"/> Termodesinfección
Descripción del ciclo:	Descripción del ciclo:	Descripción del ciclo:	Producto utilizado y tiempo:		

8. INCIDENCIAS QUIRÚRGICAS

Datos obligatorios *

<input type="checkbox"/> Preparación del lecho quirúrgico/fresado	<input type="checkbox"/> Fractura del tornillo del transportador	<input type="checkbox"/> Afectación del nervio dentario	<input type="checkbox"/> Superficie Nanoblast Plus expuesta
<input type="checkbox"/> Al insertar el implante en el lecho quirúrgico	<input type="checkbox"/> Al retirar el transportador del implante	<input type="checkbox"/> Perforación sinusal	<input type="checkbox"/> Sobre calentamiento óseo
<input type="checkbox"/> Estabilidad primaria insuficiente	<input type="checkbox"/> Fenestración en el acto quirúrgico	<input type="checkbox"/> Reposición en el mismo lecho quirúrgico	<input type="checkbox"/> Calidad/Cantidad ósea deficiente
<input type="checkbox"/> Llave de retención al retirar el transportador	<input type="checkbox"/> Contacto diente adyacente		

9. CIRCUNSTANCIAS EXPLANTACIÓN

Datos obligatorios *

<input type="checkbox"/> Asintomático	<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Dolor	Otros síntomas:
<input type="checkbox"/> Movilidad	<input type="checkbox"/> Fístulas / Absceso	<input type="checkbox"/> Infección	
<input type="checkbox"/> Hipersensibilidad	<input type="checkbox"/> Inflamación	<input type="checkbox"/> Perimplantitis	

10. TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

Datos obligatorios *

<input type="checkbox"/> Elevación de seno maxilar traumática/ventana lateral	<input type="checkbox"/> Regeneración ósea guiada pre-quirúrgica	<input type="checkbox"/> Expansión ósea
<input type="checkbox"/> Elevación de seno maxilar atraumática/transalveolar	<input type="checkbox"/> RDG inmediata a la colocación de implantes	<input type="checkbox"/> Corticomía crestal

11. INFORMACIÓN DE LA PRÓTESIS

Datos obligatorios *

Fecha carga protésica provisional: / /		Fecha carga protésica definitiva: / /		
Circunstancias incidencia	Oclusión dentaria	Patrón oclusal	Descripción prótesis	Elemento afectado conforme a nuestro catálogo (Nombre/referencia producto y lote)
<input type="checkbox"/> Fracaso temprano implante <input type="checkbox"/> Pérdida hueso crestal <input type="checkbox"/> Fracaso diferido implante <input type="checkbox"/> Aflojamiento del tornillo <input type="checkbox"/> Descementado de la prótesis <input type="checkbox"/> Fractura de la cerámica <input type="checkbox"/> Enfermedad periimplantaria	<input type="checkbox"/> Relación céntrica <input type="checkbox"/> Pos. acomodación <input type="checkbox"/> Oclusión céntrica <input type="checkbox"/> Armonía céntrica <input type="checkbox"/> Interferencias protrusivas <input type="checkbox"/> Bruxismo <input type="checkbox"/> Placa miorrelajante	<input type="checkbox"/> Oclusión balanceada <input type="checkbox"/> Oclusión orgánica <input type="checkbox"/> Función de grupo <input type="checkbox"/> Función canina <input type="checkbox"/> Ajuste oclusal <input type="checkbox"/> Guía anterior	<input type="checkbox"/> Prótesis unitaria <input type="checkbox"/> Prótesis mult. parcial <input type="checkbox"/> Prótesis múltiple completa <input type="checkbox"/> Cementada <input type="checkbox"/> Atornillada <input type="checkbox"/> Sobredentadura <input type="checkbox"/> Híbrida	
Material:				
Otro/s para ampliar las respuestas anteriores:				
Torque dinamométrico	Detallar (Ncm)	Detallar tipo de prótesis del antagonista:		

12. PRUEBAS RADIOGRÁFICAS

Datos obligatorios *

* 1º Pre-quirúrgica
CBCT prequirúrgico

* 2º Post-quirúrgica
RX periapical

* 3º Control prótesis
RX periapical

* 4º Momento de incidencia de la prótesis
RX periapical

* 5º Rx. Explantación
RX periapical

13. DATOS RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Datos obligatorios *

* Fecha informe: / /

* Dr./Dra.: _____

* N° colegiado: _____

* Colegio: _____

* Firma y
sello
clínica

