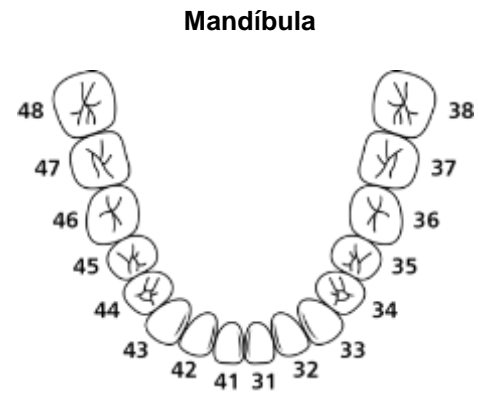
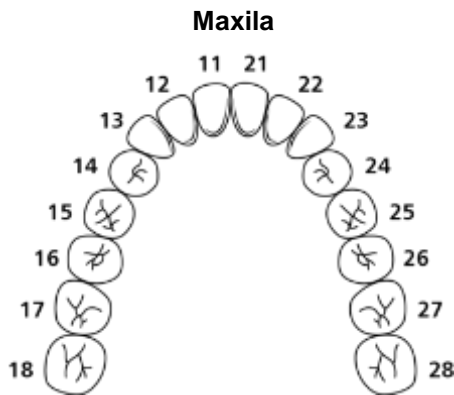


Qual a posição do(s) implante(s): _____



Data da ocorrência: _____

Houve dano ao paciente? Não Sim. Qual _____

Causou deficiência ou dano permanente? Não Sim. Explique: _____

Houve lesão temporária? Não Sim. Explique: _____

Requer intervenção médica ou cirúrgica a fim de prevenir o comprometimento permanente de uma função ou estrutura do organismo? Não Sim. Explique: _____

Exigiu hospitalização do paciente ou prolongamento de hospitalização? Não Sim

Momento da Ocorrência: *(assinalar somente uma opção)*

Antes do procedimento cirúrgico

Durante o procedimento cirúrgico. Cirurgia finalizada com sucesso? SIM NÃO

Após o procedimento cirúrgico. Devido à ocorrência será necessária nova cirurgia? SIM NÃO

Indique a sequência de brocas utilizadas (marque com um X), ou deixe em branco caso não utilizado brocas Signo Vinces:

Implante Sistema Inteira / Implante Sistema Compact

Lança	Cilíndrica 2.6	Cilíndrica 3.0	Cilíndrica 3.3	Cilíndrica 3.8	Cilíndrica 4.3	Countersink 3.3	Countersink 4.1	Countersink 5.0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Implante Sistema Ares / Implante Sistema Duo / Implante Sistema Duocon / Implante Sistema Infra

Lança	Cônica 3.3 (8.5-15.0)	Cônica 3.8 (8.5-10.0)	Cônica 4.6 (8.5-10.0)	Cônica 5.5 (8.5-10.0)	Piloto 3.8	Piloto 4.6	Piloto 5.5
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3. Dados do paciente e da cirurgia

Nome: _____

Sexo: Feminino Masculino Data Nascimento: _____Higiene Oral: Muito Boa Boa Média Insatisfatória**O paciente apresenta:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes melitus | <input type="checkbox"/> Distúrbios Psíquicos |
| <input type="checkbox"/> Terapia de radiação na área da cabeça/pescoço | <input type="checkbox"/> Xerostomia |
| <input type="checkbox"/> Tratamento com corticosteroides | <input type="checkbox"/> Distúrbios Linfáticos |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia na data da implantação | <input type="checkbox"/> Consumo abusivo de álcool ou drogas |
| <input type="checkbox"/> Doenças endócrinas | <input type="checkbox"/> Resistência Imunológica Comprometida |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios de Coagulação | <input type="checkbox"/> Alergia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Paciente fumante. Fuma mais do que um maço ao dia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> Outras doenças locais ou sistêmicas relevantes: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sem diagnóstico relevante | |

Sobre a Cirurgia:**a) Implante foi removido?** Não Sim. Data: _____**b) Como o implante foi colocado?** Manualmente Com contra ângulo**c) Caso o implante tenha sido colocado e removido no mesmo dia, um outro implante foi colocado no mesmo local e com sucesso?** Sim Não Não se aplica**d) Houve problema com a chave de instalação?** Não Sim. Onde: Na inserção do implante no osso Na remoção da chave Outro: _____**e) No dia da colocação do implante, verificou-se um dos seguintes pontos:** Doença periodontal Infecção local Doença na membrana mucosa Não se aplica**f) Complicações durante a perfuração do leito cirúrgico?** Não Sim. Explique: _____**g) Tipo de osso:** Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV**h) Rosca ficou exposta?** Sim Não**i) A estabilidade primária foi conseguida?** Não Sim. Qual o torque atingido: _____ Ncm**j) A osseointegração do implante foi conseguida?** Sim Não**k) A superfície do implante está totalmente coberta pelo osso?** Sim Não

Durante o tratamento cirúrgico foi usado um dos seguintes processos:

a) Levantamento do seio?

Não Sim. Material de enxerto utilizado: _____

b) Aumento de rebordo?

Não Sim. Material de enxerto utilizado: _____

c) Usou membrana RTG?

Não Sim. Reabsorvível? Não Sim

d) Medicamentos/produtos administrados depois da cirurgia: _____

Um ou vários dos pontos a seguir tiveram influência na ocorrência?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Acidente | <input type="checkbox"/> Fratura do Implante | <input type="checkbox"/> Qualidade/Quantidade óssea insuficiente |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga biomecânica | <input type="checkbox"/> Higiene Oral Deficiente | <input type="checkbox"/> Sobreaquecimento do osso |
| <input type="checkbox"/> Aumento anterior do osso | <input type="checkbox"/> Implantação imediata | <input type="checkbox"/> Perio-implantite |
| <input type="checkbox"/> Compressão dos nervos | <input type="checkbox"/> Infecção | <input type="checkbox"/> Reabsorção óssea |
| <input type="checkbox"/> Perfuração do seio | <input type="checkbox"/> Dente adjacente recebeu um tratamento endodôntico | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | |

Houve algum tipo de Carga:

Carga Imediata Prótese Provisória Bruxismo Língua Outros: _____

A perda do implante foi acompanhada pelos seguintes acontecimentos:

Dores Hemorragia Inchaço Falta de sensibilidade Instabilidade Inflamação
 Fístula Assintomático Outros: _____

4. Dados do paciente e da cirurgia

Junto com este formulário está sendo enviado:	Sim	Não
Raio X (pré-operatório)		
Raio X (pós-operatório)		
Raio X (pós-falha)		
Tomografia		
Produto (com falha)		
Outros:		

5. Explicações

A Signo Vinces considera um prazo de **10 (dez)** dias úteis para a recebimento dos documentos e/ou produto com falha, quando possível.

É imprescindível o envio das radiografias de pré-operatório, pós-operatório e pós-falha, se aplicável.

Em caso de não disponibilização dos documentos e/ou produto para a análise, o processo de investigação quanto à análise clinica fica impossibilitado de prosseguir, encerrando o atendimento como inconclusivo.

PREENCHER A DECLARAÇÃO ABAIXO

Deseja receber conclusão da investigação? Não Sim, no e-mail:



INVESTIGAÇÃO DE RECLAMAÇÃO -
IMPLANTES DENTÁRIOS

FOR 064

REV 06

DATA: 19/07/2024

PÁGINA 5 DE 5

7. Declaração

Declaração de limpeza e esterilização

Eu, _____, declaro que os produtos mencionados no presente formulário foram cuidadosamente higienizados, embalados e esterilizados, utilizando o método de esterilização por Autoclave, atendendo aos padrões adequados, antes de serem encaminhados para a Signo Vinces.

Assinatura do emissor

8. Preenchimento pela Signo Vinces:

Recebido em: ____ / ____ / ____ Por: _____

Itens marcados para envio foram recebidos? SIM NÃO. Faltou: _____

Obs.: