

Echec Implantaire : Questionnaire de suivi

FMQ13-01

Template v.02 21/10/2021

Dans un souci d'optimiser la qualité de nos produits et prestations, vous trouverez ci-joint un questionnaire à remplir lors d'un échec implantaire.

Ce document dûment complété devra être accompagné :

- de **l'implant non ostéo-intégré**, décontaminé, nettoyé et stérilisé (autoclave), mis sous emballage, identifié stérile et étiqueté avec a minima référence, n° de lot et date de retrait.
- des **radiographies** de type panoramique et/ou rétroalvéolaire pré, per et post-implantation, per et post dépose de l'implant et le cas échéant per et post mise en charge.

Une base de données est ainsi entretenue en vue de définir :

- des voies d'amélioration des protocoles chirurgicaux,
- d'éventuelles évolutions techniques,
- un historique de cas cliniques représentatifs.

Merci de bien vouloir répondre le plus précisément possible à toutes les questions et de nous renvoyer ce document à l'adresse ci-dessous :

Société DEEP Company SAS Service Qualité ZA DU BOIS SAINT-PIERRE 38280 JANNEYRIAS



Echec Implantaire : Questionnaire de suivi

FMQ13-01

Template v.02 21/10/2021

Informations concernant le praticien						
Nom:						
	N° client :					
Adresse:						
naresse:						
Téléphone : Information concernant les produits						
Référence	N° Lot		Date de pose	Date de retrait		
			·			
Description de l'évènement						
Lésion physique OUI Découverte Lors de l'intervention chirurgicale Autres :						
Description de l'évènement : □ Echec primaire (absence d'ostéointégration) □ Autre (préciser) : □ Absence de stabilité primaire à la pose						
Localisation						
Indiquer les sites d'implantation par une croix et entourez l'emplacement du site de l'échec						
18 17 			22 23 24 25 26 32 33 34 35 36			
Si l'implant a été posé puis retiré au cours de la même intervention, un autre implant a-t-il pu être posé avec succès au cours de cette même intervention ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, référence et lot du nouvel implant posé :						
Concernant la Chirurgie						
Stabilité primaire : Bonne Mauvaise						
Utilisation d'un foret terminal : OUI / diamètre :						
Merci de joindre les RADIOS DE CONTROLE avant et après la pose de l'implant et sa dépose et le cas échant de la mise en charge.						
Type d'implantation	Chirurgie	Mise en charge		Prothèse		
Post- extractionnelle Différée	☐ En 1 temps ☐ En 2 temps	☐ Immédiate ☐ Progressive (avec provisoire) ☐ Différée	☐ Unitaire☐ Multiple☐ Complète	☐ Scellée / Directe ☐ Transvissée / Indirecte		
Chirurgie spécifique : OUI NON Si oui, commentez :						



Echec Implantaire : Questionnaire de suivi

FMQ13-01

Template v.02 21/10/2021

Renseignements généraux sur le patient						
Age: Sexe: Femme Homme						
Situation bucco-dentaire: Normale Légère inflammation, léger changement de couleur, léger œdème, pas de saignement Inflammation modérée, rougeur, œdème, saignement au sondage Grave inflammation, rougeur marquée, ulcération, tendance au saignement spontané Tissu granuleux identifié autour de l'implant:						
Qualité Osseuse du	Etat de Santé et	Votre Evaluation de la				
Site Implantaire	habitudes du patient	cause du problème				
□D1: os résiduel par l'os cortical prédominant □D2: épaisse couche corticale périphérique au noyau spongieux □D3: fine couche d'os cortical périphérique au noyau spongieux de moyenne densité □D4: fine couche d'os cortical périphérique au noyau spongieux de faible densité	□Bonne santé générale □Bruxisme ou hyperfonction masticatoire □Tabagisme □Diabète □Edentement : □Traitement / Maladie : □Hygiène bucco-dentaire réduite □Consommation alcool □Habitude de poussée linguale ou bégaiement □Quantité et/ou qualité osseuses insuffisantes □Infection □Maladie du tissu conjonctif □Thérapie stéroïdienne □Autre facteur : □Inconnu	□Échec d'ostéointégration avant mise en charge □Perte d'ostéointégration - mise en charge post-chirurgicale de l'implant □Traumatisme chirurgical □Hygiène bucco-dentaire réduite □Qualité osseuse insuffisante □Quantité osseuse insuffisante □Fatigue ou surcharge biomécanique □Fracture de composant □Douleur / Infection □Anesthésie □Autre cause : □Inconnue				
Commentaires :						
Signature du Praticien : Date :						
Radiographies jointes		ΠNON				
- Per et post pose de l'implant :						
Enregistrement Interne (Ne pas remplir SVP)						
Nom: FMQ13-01 n°:						
Date:						
Personnes informées :						