

Медицинское изделие должно быть  
упаковано в крафт-пакет с одной  
прозрачной стороной и  
простерилизовано.  
(прикрепить сюда)

заполняется дистрибьютором	Day			Month			Year		
							2	0	

## Бланк рекламации

### Инструкция по заполнению (Instructions for a complaint).

- Настоящая рекламация предназначена для выявления, определения причин возникновения неудачи с установкой имплантата и обязательна для заполнения при подаче рекламации по каждому случаю несостоятельности имплантата.
- **Перед отправкой имплантата для оценки компанией Neobiotech Co., Ltd. имплантат должен быть очищен и дезинфицирован. Каждый имплантат следует отправлять по отдельности, вместе с заполненной формой компании Глав Денталь в течение 30 дней со дня извещения о несостоятельности имплантата.**
- К рекламационному бланку **обязательно** должно быть приложено **2 рентгеновских снимка** :  
1) в день установки имплантата,  
2) в день удаления (основание/ причины удаления имплантата)
- **Все поля обязательны для заполнения!**
- На каждый имплантат заполняется отдельная рекламация!
- Срок рассмотрения рекламационного обращения до 30 рабочих дней.
- **Product returns must be cleaned and disinfected prior to returning for evaluation by Neobiotech Co., Ltd. Each product must be returned separately with a completed form within 30 day of reporting the failure to Neobiotech.**

Извещение о несостоятельности имплантата Implant Failure Report	(№) CN	Дата заполнения Aware Date	Day			Month			Year		
									2	0	

### Информация о организации и враче, выполнявшем операцию (Practitioner Information)

Ф.И.О. хирурга (Surgeon): \_\_\_\_\_

Название организации: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Адрес организации (Address): \_\_\_\_\_ Тел (Phone): \_\_\_\_\_

Город (населенный пункт): \_\_\_\_\_ Улица, № дома: \_\_\_\_\_

### Информация о пациенте (Patient Information)

Стом. карта № (Patient ID): \_\_\_\_\_ Пол (Sex):  М (Male)  Ж (Female), Возраст (Age): \_\_\_\_\_

**Анамнез (Medical History):**  Бруксизм (Bruxism)  Курение (Tobacco Use)  
 Гипертония (Hypertension)  Сахарный диабет (Diabetics)  Заболевания сердца (Cardiac Disease)  Рак (Cancer)  
 Заболевания щитовидной железы (Thyroid Disorders)  Другое (Поясните) Other: \_\_\_\_\_

**Гигиена полости рта (Oral Hygiene):**  Хорошая (Good)  Средняя (Moderate)  Неудовлетворительная (Poor)

**Состояние кости (Bone Condition):**  D1  D2  D3  D4

### Информация об операции (Surgery Information)

Дата установки имплантата (Implant Placement Date):

Day			Month			Year		
						2	0	

Дата удаления имплантата (Implant Removal Date):

Day			Month			Year		
						2	0	

Вид операции (Surgery):

- Традиционная 2-этапная (Traditional 2 stage)  Одноэтапная (One Stage)
- Имплантат был установлен с полным ушиванием лоскута (Fixture was placed with primary closure)
- Установлен формирователь десны (Healing Abutment load)
- Немедленная установка (Immediate Impl. Placement)
- Немедленная нагрузка (Immediate Loading)

Локализация имплантата (№ зуба) Implant (Tooth) Location No.

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>R</b>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<b>L</b>
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Полный артикул имплантата  
Implant Model No.

место для стикера

**Подготовка ложа имплантата (Implant Site Preparaton):**

- Препарирование (Drilling)  Расширение кости (Bone Expanding)  
 Конденсация кости (Bone Condensing)  Расщепление кости (Bone Spreading)  
 Метчик резьбы (Thread Cutter)  Другие (Others) \_\_\_\_\_

**Использовались ли остеопластические материалы (Bone augmentation material use):**

- До имплантации (Preoperative)  
 Во время имплантации (At Time of Implant Placement)  
 Не использовался (None)

Трансплантат (Grafting Materials) \_\_\_\_\_

**Ортопедическое лечение (Prosthetic Treatment):**

- Цементная фиксация (Cemented)  Да (Yes)  Нет (No)  
 Винтовая фиксация (Screw Retained)  Одиночная коронка (Single)  Мост (Bridge)  
 С опорой на имплант/ зуб (Implant/ Tuth supported)  Съёмный протез (Denture)  
 Другое (Поясните) Other (Please explain): \_\_\_\_\_  Только с опорой на имплант (Only Implant Supported)

**Причина возврата/ диагноз (Reason for returning/diagnosis):**

- Фрактура имплантата (Fracture of Implant) \_\_\_\_\_  
 Проблема с инструментом (Tool Issue): \_\_\_\_\_  
 Перелом абатмента (Abutment Fracture)

**Момент отторжения/ извлечения (Time of Implant Loss/ Explantation):**

- Период заживления (Healing Period)  До функциональной нагрузки (Prior to Functional Loading)  
 Повторный вход (Re-entry)  После функциональной нагрузки (After Functional Loading)

**Причина удаления имплантата (Implant Removed Because Of): (возможно несколько причин)**

- Инфекция (Infection)  Подвижность (Mobility)  Остеолизис (Osteolysis)  Состояния кости (Bone condition)  
 Парестезия (Abnormal Senation)  Оклюзионная перегрузка (Occlusal Overload)  
 Прогрессирующая потеря кости (Progressive Bone Loss)  Разрушение имплантата (Implant Fracture)  
 Непредвиденная хирургическая травма (Unexpected surgical trauma)  Периимплантит (Periimplantitis)  
 Неудовлетворительная гигиена полости рта (Poor oral hygiene)  Другое (Поясните) Other (please explain): \_\_\_\_\_

**Версия пациента (Patient Outcome):** \_\_\_\_\_

**Информация о враче-ортопеде (в случае выполнения ортопедических манипуляций)  
Restorative Doctor Information (if applicable)**

Ф.И.О (Name): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Адрес (Address): \_\_\_\_\_ Телефон (Phone): \_\_\_\_\_

- NB! Контрольная дезинфекция компонента, подлежащего обмену, проведена:** Day Month Year

(Verification disinfection completed)

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Должность: \_\_\_\_\_

Подпись (Signature): \_\_\_\_\_

Дата (Date): \_\_\_\_\_

М. П.  
(ЛПУ или личной печати врача)

Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_