

Ziacom Implants SLU

Calle Búhos, 2

28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA

Tfno.: +34 91 723 33 06

info@ziacom.com - www.ziacom.com

C.I.F.: B-22832034 | VAT No.: ESB-22832034

**PROGRAMMA DI GARANZIA ZIACOM® SEGNALAZIONE
COMPLETA DI INCIDENTE RELATIVO AGLI IMPIANTI**

Codice del Programma di Garanzia (da compilare a cura dell'utilizzatore)

MODULO DI SEGNALAZIONE COMPLETA DI INCIDENTE RELATIVO AGLI IMPIANTI

IMPORTANTE: per richiedere la garanzia, il cliente deve compilare il presente modulo e inviarlo a Ziacom® o al proprio distributore ufficiale autorizzato, seguendo le istruzioni riportate nel **Programma di Garanzia Ziacom®**, disponibile su **www.ziacom.com**. **RESTITUIRE SEMPRE GLI ARTICOLI STERILIZZATI E CONFEZIONATI.**

*Campi obbligatori

DATI DEL CLIENTE (clínica o altro) (obbligatori per la garanzia degli impianti)

Nome del cliente / Ragione sociale*

Cliente Ziacom® n.

Nome della clinica

Persona di contatto

Indirizzo completo*

Laboratorio

E-mail della clinica

Telefono della clinica*

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE (da compilare solo in caso di incidente chirurgico o post-chirurgico)
N. della cartella clinica (non indicare il nome del paziente)*

Uomo

Donna

Età

ANAMNESI MEDICA *In conformità con le controindicazioni relative e assolute riportate nelle istruzioni per l'uso (obbligatoria per la garanzia degli impianti)

Diabete mellito di tipo 2	Paziente immunocompromesso	Fumatore	Igiene*	Terapia farmacologica
Alcolismo / Tossicodipendenza	Osteoporosi	Occasionale	Buona	
Malattia parodontale	Disturbi della coagulazione	Regolare	Regolare	
Bruxismo / Parafunzioni	Allergia al titanio	Fumatore abituale	Scarsa	

Altre patologie o dati clinici rilevanti:

DATI DEL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO (obbligatori per la garanzia degli impianti)

Dott./Dott.ssa*

N. di iscrizione all'Albo

Ordine

DATI DELL'INCIDENTE (obbligatorio ai fini della garanzia degli impianti)
INFORMAZIONI SULL'IMPIANTO (obbligatorio ai fini della garanzia degli impianti)

RIF.*	LOTTO*	Posizione*	Torque di inserimento (Ncm)*	¹ Qualità ossea*				Data di inserimento* dd/mm/aaaa	Data di carico protesico dd/mm/aaaa	Metodo di inserimento Manuale Meccanico Entrambi	Data di espianto dd/mm/aaaa
				I	II	III	IV				
								/ /	/ /		/ /
								/ /	/ /		/ /

¹Qualità e quantità ossea nella sede implantare (secondo la classificazione di Lekholm & Zarb, 1985).

INFORMAZIONI SULLA STRUMENTAZIONE CHIRURGICA (obbligatorio ai fini della garanzia degli impianti)
Da compilare in caso di carico protesico

Numero di utilizzi*	Strumentazione*	Ulteriori dettagli	Protesi	Tipo di componente protesico
1 - 10	Originale		Singola	Diretto su impianto
11 - 22	Non originale		Multipla	Sistema Basic
23 - 34				Sistema XDrive
35 - 45				Overdenture
+ 45				Sistema Nature

MOTIVO DELL'INCIDENTE (obbligatorio ai fini della garanzia degli impianti)
Da compilare in caso di carico protesico

Selezionare almeno un'opzione

Strumentazione	SI	NO	Osteotomia*	Senza carico protesico		Con carico protesico	
Contaminazione dovuta a caduta			Con maschiatore	Perimplantite	Sensibilità	Periimplantitis	Sensibilità
Apertura accidentale			Con fresa corticale	Infezione / Dolore	Perdita di osso marginale	Movilidad	Fractura del implante
Portaimpianto			Con fresa finale	Mobilità		Pérdida hueso marginal	Reabsorción ósea severa
Chiave di inserimento			Mancanza di stabilità primaria	Fibrointegrazione			
Fiala			Frattura dell'impianto				

OSSERVAZIONI:

FIRMA E
TIMBRO
DELLA
CLINICA*

Protezione dei dati. **TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Ziacom Medical Group, S.L. **FINALITÀ:** Gestire ed eseguire il rapporto contrattuale o commerciale sottoscritto tra le parti, nonché le attività ad esso connesse. **BASE GIURIDICA:** Esecuzione di un contratto o applicazione di misure precontrattuali (art. 6.1b GDPR) e, se del caso, legittimo interesse del titolare (art. 6.1f GDPR). **DESTINATARI:** Società del Gruppo Ziacom e terzi quando necessario per adempiere obblighi legali o contrattuali. **TRASFERIMENTI INTERNAZIONALI:** Non sono previsti trasferimenti di dati al di fuori dello Spazio Economico Europeo, salvo quelli consentiti ai sensi del GDPR. **CONSERVAZIONE:** Per la durata del rapporto contrattuale o commerciale e successivamente per i termini previsti dalla legge. **DIRITTI:** È possibile esercitare i propri diritti scrivendo a **juridico@ziacom.es** o all'indirizzo postale del titolare. Ulteriori informazioni su **www.ziacom.com/politica-de-privacidad**.

Da compilare in caso di carico protesico

Data del carico protesico provvisorio*: / /

Data del carico protesico definitivo: / /

Circostanze dell'incidente*	Occlusione dentale	Schema occlusale	Descrizione della protesi	Elemento interessato
SÌ NO	SÌ NO	SÌ NO	SÌ NO	SÌ NO
Fallimento precoce dell'impianto	Relazione centrica	Occlusione bilanciata	Protesi singola	Abutment lavorato
Perdita dell'osso crestale	Pos. di accomodamento	Occlusione organica	Protesi multipla parziale	Abutment per overdenture
Fallimento tardivo dell'impianto	Occlusione centrica	Funzione di gruppo	Protesi multipla completa	Abutment CAD-CAM
Allentamento della vite	Armonia centrica	Guida canina	Cementata	Vite diretta su impianto
Decementazione della protesi	Interferenze protrusive	Ritocco occlusale	Avvitata	Vite transocclusale
Frattura della ceramica	Bruxismo	Guida anteriore	Overdenture	Cappetta metallica per overdenture
Malattia peri-implantare	Placca di svincolo		Ibrida	Teflon
			Materiale (specificare)	Abutment fuso
				Frattura dell'impianto

Altro/i per integrare le risposte precedenti:

Coppia di serraggio dinamometrica	Préciser (Ncm)	2ISQ	Specificare il tipo di protesi antagonista
--------------------------------------	----------------	------	---

² Implant Stability Quotation (ISQ).

1° Pre-chirurgica*

2⁰ Post-chirurgica*

3° Controllo della protesi

4^o Momento dell'incidente della protesi

5° Rx di espianto

OSSERVAZIONI:

FIRMA E
TIMBRO
DELLA
CLINICA*

I dati indicati come obbligatori sono necessari per la gestione della segnalazione di incidente. Qualora non vengano compilati, saranno richiesti come informazioni mancanti e ciò comporterà un ritardo nella gestione della pratica.

Gli impianti devono essere restituiti all'interno di una busta per sterilizzazione sigillata, dopo essere stati sterilizzati in autoclave dal cliente prima della spedizione a Ziacom®, come previsto dal Programma di Garanzia ZES-DI-D-1074.

Importante. Non deve mai essere fatto alcun riferimento all'identità del paziente; è necessario indicare un codice paziente o le iniziali. Qualora l'Utente invii informazioni riservate che possano rivelare l'identità del paziente, Ziacom® provvederà a eliminare tali informazioni.

Protezione dei dati. **TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Ziacom Medical Group, S.L. **FINALITÀ:** Gestire ed eseguire il rapporto contrattuale o commerciale sottoscritto tra le parti, nonché le attività ad esso connesse. **BASE GIURIDICA:** Esecuzione di un contratto o applicazione di misure precontrattuali (art. 6.1b GDPR) e, se del caso, legittimo interesse del titolare (art. 6.1f GDPR). **DESTINATARI:** Società del Gruppo Ziacom e terzi quando necessario per adempiere obblighi legali o contrattuali. **TRASFERIMENTI INTERNAZIONALI:** Non sono previsti trasferimenti di dati al di fuori dello Spazio Economico Europeo, salvo quelli consentiti ai sensi del GDPR. **CONSERVAZIONE:** Per la durata del rapporto contrattuale o commerciale e successivamente per i termini previsti dalla legge. **DIRITTI:** È possibile esercitare i propri diritti scrivendo a juridico@ziacom.es o all'indirizzo postale del titolare. Ulteriori informazioni su www.ziacom.com/politica-de-privacidad.