C-TECH IMPLANT

QUESTIONARIO IMPIANTI

Stampare il presente modulo, compilarlo in ogni sua parte ed allegarlo al prodotto da rendere.

Spedire a: C-Tech Implant, Via Ravenna 382,40018, San Pietro in Casale

DATI IMPIANTO

1 Tipo di impianto .....

2 Codice.....

3 Lotto .....

4 Numero di impianti installati .....

5 Numero di impianti resi .....

6 Numero di impianti non riusciti .....

7 Data impianto.....

8 Data rimozione.....

DATI PAZIENTE

1 Motivazioni per la mancata riuscita dell'impianto.....

.....

.....

.....

.....

2 Paziente ..... ☐ Uomo ☐ Donna

3 Età del paziente .....

4 Condizioni igieniche del paziente..... ☐ Buone ☐ Medie ☐ Scarse

5 Il paziente è un fumatore? ..... ☐ Si ☐ No

6 Condizioni generali di salute del paziente..... ☐ Buone ☐ Medie ☐ Scarse

7 Il paziente è diabetico? ..... ☐ Si ☐ No

8 Il paziente assume farmaci contro l'osteoporosi?

In caso affermativo, fornire un elenco dei farmaci assunti..... ☐ Si ☐ No

9 Il paziente aveva infezioni in atto al momento del dell'inserimento

dell'impianto o mentre l'(gli) impianto(i) era(no) inserito(i)? ..... ☐ Si ☐ No

10 Elenco dei farmaci che il paziente assumeva quando si è sottoposto

all'intervento chirurgico o mentre l'impianto era inserito .....

DATI MEDICO

1 Nome del medico .....

2 Ha già utilizzato questo tipo di impianto in precedenza? ..... ☐ Si ☐ No

3 Indicare il numero approssimativo di impianti installati .....