

Veuillez imprimer ce formulaire. Remplissez-le complètement et attachez-le au produit à retourner.

Via Cesare Battisti n. 2 - 40123, Bologne

## INFORMATIONS SUR L'IMPLANT

- 1 Type d'implant .....
- 2 Numéro de pièce .....
- 3 Numéro de lot .....
- 4 Nombre d'implants posés .....
- 5 Nombre d'implants retournés.....
- 6 Le nombre d'implants en échec .....
- 7 Date de placement .....
- 8 Date de retrait .....

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

- 1 Explication de l'échec de l'implant .....
- 2 Patient.....  Masculin  Féminin
- 3 Âge du patient.....
- 4 Hygiène du patient .....
- 5 Le patient était-il fumeur?.....  Oui  Non
- 6 Santé générale du patient .....
- 7 Le patient est-il diabétique? .....
- 8 Le patient prend-il des médicaments pour l'ostéoporose?  
Si oui, énumérez les médicaments .....
- 9 Le patient a-t-il été sujet à des infections au moment ou  
à postériori de la mise en place des implants?.....
- 10 Liste des médicaments que le patient prenait au moment de  
la chirurgie ou lorsque l'implant était en place?.....

## INFORMATIONS PRATICIEN

- 1 Nom du praticien.....
- 2 Avez-vous déjà utilisé ce type d'implant?.....  Oui  Non
- 3 Combien en avez-vous posé? .....