

NetPlus Dental Abutments SLU

Calle Garzas, 18

28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA

Tfno.: +34 91 385 42 40

info@netplusdental.com - www.netplusdental.com

C.I.F.: B-87553590 | VAT No.: ESB-87553590

**PROGRAMA GARANTÍA
FORMULARIO NOTIFICACIÓN INCIDENCIA**

 Código Programa Garantía (a cumplimentar por usuario)

 Fecha recepción muestras / / (a cumplimentar por NetPlus®)

Importante. Para solicitar la garantía, el cliente debe cumplimentar este cuestionario y enviarlo a NetPlus® o su distribuidor oficial autorizado siguiendo las instrucciones recogidas en el Programa Garantía Productos NetPlus® (ver NES-DI-D-1074, disponible en www.netplusdental.com) o Programa Garantía Productos DentPross® (ver DES-DI-D-1074, disponible en www.dentpross.com)

1.- DATOS DEL CLIENTE (CLÍNICA U OTRO)

Datos obligatorios*

 Nombre cliente / Razón social* N° cliente NetPlus®*
 Nombre clínica*
 Persona contacto*
 Dirección completa*
 Email clínica* Teléfono clínica*
2.- INFORMACIÓN PRODUCTO / INCIDENCIA

Datos obligatorios*

Tipo producto afectado*	Ref.	Ref. Catálogo*	Lote*	Cantidad*	Descripción de la incidencia: fase en la que se ha producido*
Implante	a)				Pre-quirúrgica
	b)				Quirúrgica
Instrumental	c)				Post-quirúrgica sin prótesis
	d)				Post-quirúrgica con prótesis

Descripción incidencia a reportar:

3.- INFORMACIÓN DE LA INCIDENCIA (cumplimentar solo en caso de incidencia pre-quirúrgica o quirúrgica)

Implantes	Instrumental	Aditamento	Otros / Detalle:
Apertura errónea de medida del implante	Fractura	Fractura	
Caída al extraer del envase o vial	No funcional	No funcional	
Incidencia con el transportador	Falta de acople	Falta de acople	
Incidencia con el instrumental			

4.- INFORMACIÓN DEL PACIENTE (cumplimentar solo en caso de incidencia quirúrgica o postquirúrgica)

Datos obligatorios*

Nº historial clínico (No indicar nombre)*	Hombre	Mujer	Edad*	Peso*	Estatura*
Fumador*	Sí	No	Higiene Bucal*	Medicación:	
Leve (Menos de 5 cigarrillos diarios)			Excelente (después de cada comida)		
Moderado (Promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios)			Aceptable (3 veces al día)		
Severo (Más de 16 cigarrillos por día en promedio)			Deficiente (1 vez al día)		

5.- HISTORIAL MÉDICO (cumplimentar solo en caso de incidencia quirúrgica o postquirúrgica)

Diabetes mellitus. Tipo 1	Alcoholismo / Drogadicción	Factores psíquicos	Paciente inmunocomprometido
Diabetes mellitus. Tipo 2	Enfermedad periodontal severa	Osteoporosis severa	Trastornos de la coagulación
Radioterapia en cabeza/cuello	Bruxismo / Parafunciones	Bifosfonatos	Tratamiento con corticoides
Hipertensión arterial	Alergias a medicamentos	Alergias a metales	Salud general precaria

 Otras enfermedades o datos significativos:
6.- INFORMACIÓN DEL IMPLANTE (obligatorio para garantía de implantes)

Datos obligatorios*

Ref. Punto2	Posición*	1 Calidad hueso*	2 Fase quirúrgica*		3 ISQ*	Torque inserción* Ncm	Fecha implantación* dd/mm/aaaa		4 DIB		Fecha explantación* dd/mm/aaaa		4 DIB	
			1ª	2ª			Mesial	Distal	Mesial	Distal				
a)							/ /			/ /				
b)							/ /			/ /				
c)							/ /			/ /				
d)							/ /			/ /				

1 Calidad y cantidad ósea en la zona (según el índice de Lekholm&Zarb, 1985).

3 Implant Stability Quotation (ISQ).

2 1ª o 2ª fases quirúrgicas.

4 Distancia (mm) del implante al hueso en RX 1º contacto.

Los datos indicados como obligatorios son necesarios para la tramitación de la incidencia, en caso de no cumplimentarlos, se solicitará como información faltante y esto retrasará la gestión de la tramitación

 Los implantes se devolverán guardados en una bolsa de esterilización sellada, y realizado el proceso de esterilización en autoclave por el cliente antes de enviar a NetPlus®, tal como define el Programa Garantía Productos NetPlus® (ver NES-DI-D-1074, disponible en www.netplusdental.com) o Programa Garantía Productos DentPross® (ver DES-DI-D-1074, disponible en www.dentpross.com)

Importante. Nunca se deberá hacer mención a la identidad del paciente, debe dar código de paciente o iniciales. En caso de que el Usuario envíe información confidencial que pueda revelar la identidad del paciente, NetPlus® eliminará esa información.

 Protección de Datos. **RESPONSABLE:** NetPlus Dental Abutments SLU. **FINALIDAD:** Realizar la actividad propia del contrato legítimamente suscrito por las partes o relación comercial, de acuerdo con la Ley 3/2018 de 5 de diciembre, referente a la Protección de Datos. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución de un contrato o relación comercial. **CESIONES:** Solo a las empresas del grupo, al objeto de facilitar la tramitación de las condiciones previstas en el contrato para la ejecución de la relación comercial y las cesiones en cumplimiento de la normativa en vigor. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia del contrato o relación comercial y durante los plazos legalmente establecidos. **DERECHOS:** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, portabilidad y limitación en info@netplusdental.com. Más información en www.netplusdental.com/politica-de-privacidad.html.

7.- INFORMACIÓN INSTRUMENTAL (obligatorio para garantía de instrumental)

Instrumental original NetPlus®	Sí	No	Número usos fresas quirúrgicas	Tipo de limpieza:	Manual Ultrasonidos Termodesinfección
Tipo esterilización					
Autoclave	Calor seco	Esterilización química			
Descripción del ciclo:	Descripción del ciclo:	Producto utilizado y tiempo:	0-10 11-22 23-34 35-45	Producto utilizado y tiempo:	

8.- INCIDENCIAS QUIRÚRGICAS (obligatorio para garantía de implantes)

Preparación del lecho quirúrgico/fresado	Fractura del tornillo del transportador	Contacto diente adyacente	Superficie DentPross® expuesta
Macho de terraja	Al retirar el transportador del implante	Afectación del nervio dentario	Sobrecalentamiento óseo
Al insertar el implante en el lecho quirúrgico	Traumatismo del hueso	Perforación sinusal	Reabsorción ósea
Estabilidad primaria insuficiente	Fenestración en el acto quirúrgico	Reposición en mismo lecho quirúrgico	Calidad / Cantidad ósea deficiente
Llave de retención al retirar el transportador	Otro/s o ampliar las respuestas anteriores:		

9.- CIRCUNSTANCIAS EXPLANTACIÓN (solo en caso de no osteointegración)

Asintomático	Sangrado	Dolor	Otros síntomas:
Movilidad	Fistulas / Absceso	Infección	
Hipersensibilidad	Inflamación	Periimplantitis	

10.- TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS (obligatorio para garantía de implantes)

Elevación de seno maxilar traumática/ventana lateral	Regeneración ósea guiada pre-quirúrgica	Expansión ósea
Elevación de seno maxilar atraumática/transalveolar	ROG inmediata a la colocación de implantes	Corticotomía crestal

11.- INFORMACIÓN DE LA PRÓTESIS (obligatorio para garantía de implantes y/o aditamentos)

Fecha carga protésica provisional: / / Fecha carga protésica definitiva: / /

Circunstancias incidencia protésica	Oclusión dentaria	Patrón oclusal	Descripción prótesis	Elemento afectado
Fracaso temprano implante	Relación céntrica	Oclusión balanceada	Prótesis unitaria	Pilar mecanizado
Pérdida hueso crestal	Pos. acomodación	Oclusión orgánica	Prótesis múlt. parcial	Pilar sobredentadura
Fracaso diferido del implante	Oclusión céntrica	Función de grupo	Prótesis múltiple completa	Pilar CAD-CAM
Aflojamiento del tornillo	Armonía céntrica	Función canina	Cementada	Tornillo directo implante
Descementado de la prótesis	Interferencias protrusivas	Ajuste oclusal	Atornillada	Tornillo transocclusal
Fractura de la cerámica	Bruxismo	Guía anterior	Sobredentadura	Cofia met. Sobredentadura
Enfermedad periimplantaria	Placa miorrelajante		Híbrida	Teflones
			Material (detallar):	Pilar colado
				Fractura implante

Otro/s para ampliar las respuestas anteriores:

Torque dinamométrico	Detallar (Ncm)	Detallar tipo de prótesis del antagonista:
----------------------	----------------	--

12.- RADIOGRAFÍAS A ADJUNTAR (panorámica, periapical o TAC/CBCT) (obligatorio para garantía de implantes y/o aditamentos)

Datos obligatorios*

1º Pre-quirúrgica* 2º Post-quirúrgica* 3º Control prótesis* 4º Momento de incidencia de la prótesis* 5º Rx. Explantación*

13.- DATOS RESPONSABLE TRATAMIENTO

Datos obligatorios*

Fecha informe*	/ /	FIRMA Y * SELLO CLÍNICA
Dr/Dra*		
Nº colegiado*		
Colegio*		

Los datos indicados como obligatorios son necesarios para la tramitación de la incidencia, en caso de no cumplimentarlos, se solicitará como información faltante y esto retrasará la gestión de la tramitación

Los implantes se devolverán guardados en una bolsa de esterilización sellada, y realizado el proceso de esterilización en autoclave por el cliente antes de enviar a NetPlus®, tal como define el Programa Garantía Productos NetPlus® (ver NES-DI-D-1074, disponible en www.netplusdental.com) o Programa Garantía Productos DentPross® (ver DES-DI-D-1074, disponible en www.dentpross.com)

Importante. Nunca se deberá hacer mención a la identidad del paciente, debe dar código de paciente o iniciales. En caso de que el Usuario envíe información confidencial que pueda revelar la identidad del paciente, NetPlus® eliminará esa información.

Protección de Datos. **RESPONSABLE:** NetPlus Dental Abutments SLU. **FINALIDAD:** Realizar la actividad propia del contrato legítimamente suscrito por las partes o relación comercial, de acuerdo con la Ley 3/2018 de 5 de diciembre, referente a la Protección de Datos. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución de un contrato o relación comercial. **CESIONES:** Solo a las empresas del grupo, al objeto de facilitar la tramitación de las condiciones previstas en el contrato para la ejecución de la relación comercial y las cesiones en cumplimiento de la normativa en vigor. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia del contrato o relación comercial y durante los plazos legalmente establecidos. **DERECHOS:** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, portabilidad y limitación en info@netplusdental.com. Más información en www.netplusdental.com/politica-de-privacidad.html.