DATE: _____
Jour Mois Année

Form D21.2-2

Rapport de suivi d'implant

Cher Docteur,
Merci d'avoir choisi les implants MIS.
Dans les quelques cas de rejet d'implant dans les 5 ans suivant l'insertion, MIS envisagera le remplacement de l'implant sans frais supplémentaires. Veuillez noter qu'un nouvel implant sera fourni uniquement si l'implant est renvoyé **SOUS POCHETTE STERILE** et accompagné des **radiographies** correspondantes et de ce **rapport dûment rempli**.
L'enquête détaillée des causes probables de rejet (pour nos analyses statistiques internes uniquement) est très importante; c'est pourquoi l'envoi de ce rapport dument rempli nous est d'une grande aide.

Données de l'implant: Dent #: _____ Réf. implant : _____ No. de Lot: _____

Protocole de placement :
- ❑ Jour de l'extraction
- ❑ Moins de 7 jours depuis l'extraction
- ❑ Moins de 6 semaines depuis l'extraction
- ❑ 6-12 semaines depuis l'extraction
- ❑ Plus de 12 semaines depuis l'extraction

Protocole de la mise en charge :
- ❑ Jour du placement
- ❑ Moins de 7 jours depuis le placement
- ❑ Moins de 6 semaines depuis le placement
- ❑ 6-12 semaines depuis le placement
- ❑ Plus de 12 semaines depuis le placement

Données de l'échec :
- Temps depuis l'opération:
  - ❑ Jour de l'opération / Moins de 4 semaines depuis l'opération
  - ❑ Moins de 4 mois depuis l'opération
  - ❑ Plus de 4 mois depuis l'opération
- Temps depuis la mise en charge:
  - ❑ Jour de la mise en charge
  - ❑ Moins de 4 mois depuis la mise en charge
  - ❑ 4-12 mois depuis la mise en charge
  - ❑ 1-3 années depuis la mise en charge
  - ❑ 3-5 années depuis la mise en charge
  - ❑ Plus de 5 années depuis la mise en charge

Chirurgien : Nom de Famille: _____ Prénom: _____ **Tampon du Cabinet**
Données du patient : Age: _____ Sexe: ❑ F ❑ M

- Santé et habitudes :
  - ❑ Rien de pertinent
  - ❑ Fumeur
  - ❑ Ostéoporose ou traitement contre l'ostéoporose
  - ❑ Maladies métaboliques
  - ❑ Hygiène orale pauvre
  - ❑ Autre/s condition/s pertinente/s: _____

Opération :
- Nombre d'implants placés : _____ Distance de la dent/implant adjacent: _____
- Utilisation de greffe osseuse : ❑ Non ❑ Oui (veuillez spécifier): _____
- Utilisation d'une membrane: ❑ Non ❑ Oui (veuillez spécifier): _____

Reconstruction :
- Type de reconstruction: ❑ Fixe: [ ] Système transvissé [ ] Système scellé
  ❑ Amovible
- Prière de préciser:

_____

Hypothèse quant aux causes probables ou autres complications expliquant l'échec?

_____

Nous souhaitons insister sur le fait que l'envoi d'un nouvel implant sans frais supplémentaires ne sera effectué que si les conditions ci-dessus mentionnées sont remplies. L'acceptation de notre part de remplacer les implants ne doit pas être interprétée comme une prise de responsabilité ou d'engagement de notre part.

Dentsply Sirona Benelux B.V.
Signaalrood 55
2718 SG Zoetermeer
Pays-Bas
+31 88 024 52 00
+32 3 232 81 50
www.dentsplysirona.com