

**NE PAS IMPRIMER CETTE PAGE POUR L'UTILISATION DE LA FICHE**

Vous trouverez ci-joint un questionnaire à remplir lors d'une réclamation sur un produit ou un service, qui vous est fourni par DEEP COMPANY.

Ce **document dûment complété** devra être **accompagné** :

- Si système implantaire et ancillaires, y compris échec implantaire: du produit décontaminé, nettoyé et stérilisé (à l'autoclave), mis sous emballage, identifié stérile et étiqueté avec a minima référence, n° de lot.
- **Si échec implantaire: des radiographies** de type panoramique et/ou rétro-alvéolaire avant et après chacune des phases suivantes :
  - Pose de l'implant (jour de la pose) ;
  - Mise en charge de l'implant ;
  - Dépose de l'implant (jour de la dépose) ;
- Si gouttière dentaire : de la gouttière décontaminée, nettoyée, mis sous emballage, étiquetée avec a minima numéro du cas.

Merci de bien vouloir répondre le plus précisément possible à toutes les questions applicables, de nous renvoyer ce document daté, signé, à l'adresse email suivante : [qualite@deep-company.com](mailto:qualite@deep-company.com) et de nous renvoyer les produits en rapport avec la réclamation, à l'adresse ci-dessous :

Société DEEP Company SAS  
Service Qualité  
ZA DU BOIS SAINT-PIERRE  
38280 JANNEYRIAS

Dans le cadre des obligations en matière de protection des données personnelles, les informations personnelles (Nom, prénom, adresse...etc.) du patient ne doivent pas figurer sur les radiographies, ni sur ce questionnaire de suivi.

**I. INFORMATIONS CLIENT**

**Client :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_  
**Adresse email :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_

**II. INFORMATION DISPOSITIF MEDICAL**

Références	N° Lot	Qté

*Si gouttière dentaire :*

Type de gouttière	N° du cas	Qté

**III. DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT**

**Date de survenue :** \_\_\_\_\_

**Décrivez l'incident** (nature du problème ,circonstances de survenue, action immédiate si applicable et toute information nécessaire à l'étude par DEEP Company)

**L'évènement est-il imputable au(x) dispositif(s) délivré(s)**

Oui  Non

**Conséquences de l'incident :**

- Prolongation de la chirurgie/du traitement
- Report de la chirurgie/traitement
- Lésion temporaire ou permanente (patient, utilisateur ou autre) décrivez :
- Autre :
- Aucun

**J'atteste que le produit en rapport avec ce retour est nettoyé, désinfecté et stérilisé (hors gouttières)**

**Signature du client**

**Date :**    /    /

---S'IL S'AGIT D'UN ECHEC IMPLANTAIRE, COMPLETEZ L'ANNEXE CI-DESSOUS---

**ANNEXE : INFORMATIONS ECHEC IMPLANTAIRE**

**Date de pose :** \_\_\_\_\_ **Date de retrait :** \_\_\_\_\_

**Site d'implantation :** \_\_\_\_\_

**Diamètre du dernier foret utilisé :** \_\_\_\_\_ **Couple de vissage de l'implant :** N.cm

**Si l'implant a été posé puis retiré au cours de la même intervention, un autre implant a-t-il pu être posé avec succès au cours de cette même intervention ?**  Oui  Non

**Si oui, référence et lot du nouvel implant posé :**

Type d'implantation	Chirurgie	Mise en charge	Restauration	Prothèse
<input type="checkbox"/> Post-extractionnelle <input type="checkbox"/> Différée	<input type="checkbox"/> En 1 temps <input type="checkbox"/> En 2 temps	<input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Progressive (avec provisoire) <input type="checkbox"/> Différée	<input type="checkbox"/> Unitaire <input type="checkbox"/> Multiple <input type="checkbox"/> Complète	<input type="checkbox"/> Scellée / Directe <input type="checkbox"/> Transvissée / Indirecte

**Date de l'extraction de la dent/dents (si différente de la date de pose) :**

**Date de pose de la prothèse provisoire (si applicable) :**

**Date de pose de la prothèse définitive (si applicable) :**

**Chirurgie spécifique sur le site de l'implantation (greffe osseuse...etc.) :**  OUI  NON

Si oui, indiquer le nom de la chirurgie et le moment de la chirurgie (avant ou pendant l'intervention) :

**Etat du parodonte du patient :**

- Normal  
 Gingivite  
 Parodontite

Si gingivite ou parodontite, indiquer le secteur/dents concernées:

Péri-implantite autour de l'implant:  oui  Non

**Qualité osseuse du site implantaire :**

- D1 : os résiduel par l'os cortical prédominant  
 D2 : épaisse couche corticale périphérique au noyau spongieux  
 D3 : fine couche d'os cortical périphérique au noyau spongieux de moyenne densité  
 D4 : fine couche d'os cortical périphérique au noyau spongieux de faible densité

**Etat de Santé et habitude du patient :**

- Bonne santé générale  
 Pathologie générale/locale : \_\_\_\_\_

Para-fonction :

 Autre :

 Aucun :

**Type d'échec implantaire :**
 Echec primaire lié à une mauvaise stabilité primaire le jour de la pose

 Echec primaire avant mise en charge

 Echec secondaire après mise en charge

**Selon vous, quelle serait la cause de cet échec implantaire :**
 Hygiène bucco-dentaire insuffisante

 Maladie parodontale

 Infection osseuse résiduelle due à la dent extraite avant la pose de l'implant

 Qualité/Quantité osseuse insuffisante

 Surcharge de la prothèse

 Pathologie générale/locale :

 Para-fonction :

 Autre :

 Inconnue