

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

## Versions des modèles du document :

Date	Document template evolution	Rédacteur	Vérificateur	Version
25/04/2022	La notion d'échec implantaire est remplacée par la notion de dépose implantaire	MRA	LLA	03
21/10/2021	Remplacement de la société Generic Implants par DEEP Company.	LLA	LLA	02
07/05/2020	Création de la procédure PMQ13	AME	LLA	01

Dans un souci d'optimiser la qualité de nos produits et prestations, vous trouverez ci-joint un questionnaire à remplir lors d'une dépose implantaire.

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

- de **l'implant non ostéo-intégré**, décontaminé, nettoyé et stérilisé (autoclave), mis sous emballage, identifié stérile et étiqueté avec a minima référence, n° de lot et date de retrait.
- des **radiographies** de type panoramique et/ou rétro-alvéolaire pré, per et post-implantation, per et post dépose de l'implant et le cas échéant per et post mise en charge.

Une base de données est ainsi entretenue en vue de définir :

- des voies d'amélioration des protocoles chirurgicaux,
- d'éventuelles évolutions techniques,
- un historique de cas cliniques représentatifs.

Merci de bien vouloir répondre le plus précisément possible à toutes les questions et de nous renvoyer ce document à l'adresse ci-dessous :

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

**Informations concernant le praticien**

Nom :

N° client :

Adresse :

Téléphone :

**Information concernant les produits**

Référence	N° Lot	Date de pose	Date de retrait

**Description de l'évènement**

 Lésion physique  OUI  
 NON

 Découverte  Lors de l'intervention chirurgicale  
 Autres :

**Description de l'évènement :**

- Echec primaire (absence d'ostéointégration)       Echec secondaire (perte d'ostéointégration)  
 Autre (préciser) :       Absence de stabilité primaire à la pose

**Localisation**

*Indiquer les sites d'implantation par une croix et entourez l'emplacement du site de dépose*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

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 :

**Concernant la Chirurgie**

 Stabilité primaire :  Bonne       Mauvaise

 Utilisation d'un foret terminal :  OUI / diamètre :  
 NON

Couple de vissage de l'implant :

**Merci de joindre les RADIOS DE CONTROLE avant et après la pose de l'implant et sa dépose et le cas échéant de la mise en charge.**

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

**Chirurgie spécifique :**  OUI  NON

Si oui, commentez :

## Renseignements généraux sur le patient

**Age :** **Sexe :**  Femme  Homme

**Situation bucco-dentaire :**

- Normale
- Légère inflammation, léger changement de couleur, léger œdème, pas de saignement
- Inflammation modérée, rougeur, œdème, saignement au sondage
- Grave inflammation, rougeur marquée, ulcération, tendance au saignement spontané

 Tissu granuleux identifié autour de l'implant :  OUI  NON

Qualité Osseuse du Site Implantaire	Etat de Santé et habitudes du patient	Votre Evaluation de la cause du problème
<input type="checkbox"/> D1 : os résiduel par l'os cortical prédominant <input type="checkbox"/> D2 : épaisse couche corticale périphérique au noyau spongieux <input type="checkbox"/> D3 : fine couche d'os cortical périphérique au noyau spongieux de moyenne densité <input type="checkbox"/> D4 : fine couche d'os cortical périphérique au noyau spongieux de faible densité	<input type="checkbox"/> Bonne santé générale <input type="checkbox"/> Bruxisme ou hyperfonction masticatoire <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Edentement : _____ <input type="checkbox"/> Traitement / Maladie : _____ <input type="checkbox"/> Hygiène bucco-dentaire réduite <input type="checkbox"/> Consommation alcool <input type="checkbox"/> Habitude de poussée linguale ou bégaiement <input type="checkbox"/> Quantité et/ou qualité osseuses insuffisantes <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Maladie du tissu conjonctif <input type="checkbox"/> Thérapie stéroïdienne <input type="checkbox"/> Autre facteur : _____ <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Échec d'ostéointégration avant mise en charge <input type="checkbox"/> Perte d'ostéointégration - mise en charge post-chirurgicale de l'implant <input type="checkbox"/> Traumatisme chirurgical <input type="checkbox"/> Hygiène bucco-dentaire réduite <input type="checkbox"/> Qualité osseuse insuffisante <input type="checkbox"/> Quantité osseuse insuffisante <input type="checkbox"/> Fatigue ou surcharge biomécanique <input type="checkbox"/> Fracture de composant <input type="checkbox"/> Douleur / Infection <input type="checkbox"/> Anesthésie <input type="checkbox"/> Autre cause : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue

**Commentaires :**
**Signature du Praticien :**
**Date :**

## Radiographies jointes

- Per et post pose de l'implant :  OUI  NON
- Per et post dépose de l'implant :  OUI  NON  NA
- Per et post mise en charge :  OUI  NON  NA

**Enregistrement Interne (Ne pas remplir SVP)**

Nom :

FMQ13-01 n° :

Date :

Personnes informées :