

Veillez remplir ce formulaire (" **Questionnaire de Garantie** ") avec le plus de détails possible. Le cas échéant, joignez à ce formulaire le(s) produit(s) en état stérile et toutes les radiographies ou photos cliniques pertinentes.

ATTENTION

- Le(s) produit(s) doit (doivent) être retournés **dans les 30 jours** après l'accident.
- Les produits retournés doivent être stérilisés par autoclave (pour la protection de nos employés), mais non nettoyés, emballés dans une pochette de protection et étiquetés "stérile".
- Seuls les Questionnaires de Garantie signés et correctement documentés seront pris en considération.
- Seul un implant par jour et par dent peut être obtenu pour un remplacement.

À REMPLIR PAR Z-SYSTEMS	
RECLAMATION/ FEEDBACK N°:	
Produit retourné et stérile?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Réclamation (C) ou feedback (F)?	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> F
Événement à signaler?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Les informations sont-elles complètes?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Date:	Signature:

INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du clinicien: _____	Entreprise: _____
Adresse: _____	Localité: _____
Tél: _____	E-Mail: _____

INFORMATIONS SUR LE PATIENT *Pour des raisons de confidentialité, NE PAS mentionner le nom du patient*

N° ID du patient: _____	<input type="radio"/> Fumeur/ Fumeuse	<input type="radio"/> Bruxisme	<input type="radio"/> Immuno-résistance compromise/limitée
Âge: _____	<input type="radio"/> Consommation abusive de drogue ou d'alcool	<input type="radio"/> Xérostomie	<input type="radio"/> Pas de constat significatif
Sexe: <input type="radio"/> m <input type="radio"/> f <input type="radio"/> div.	<input type="radio"/> Diabète mellitus/sucré	<input type="radio"/> Hygiène buccale limitée	<input type="radio"/> Autres: _____

INFORMATIONS SUR LE PRODUIT

N° de réf.	N° de lot	Date de la pose / Date du retrait	Zone
_____	_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____

INFORMATIONS SUR L'IMPLANTATION

Moment de l'implantation: <input type="radio"/> immédiate <input type="radio"/> précoce <input type="radio"/> tardive <input type="radio"/> n/a	Qualité d'os <input type="radio"/> D1 <input type="radio"/> D2 <input type="radio"/> D3 <input type="radio"/> D4	Défaut osseux: <input type="radio"/> horizontal <input type="radio"/> vertical <input type="radio"/> n/a	Mode d'insertion/torque <input type="radio"/> manual/ _____ Ncm <input type="radio"/> mechanical/ _____ Ncm	Protection <input type="radio"/> Prothèse de longue durée <input type="radio"/> Prothèse <input type="radio"/> Attelle de protection dentaire <input type="radio"/> Autres: _____
Elévation du sinus: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Augmentation <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Stabilité primaire atteinte? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Ostéointégration atteinte? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

INFORMATIONS SUR LA PROTHÈSE

Restauration provisoire/date: _____ <input type="radio"/> Restauration provisoire de longue durée <input type="radio"/> Bridge <input type="radio"/> Autres: _____	Restauration finale/date: _____ <input type="radio"/> Couronne <input type="radio"/> Bridge <input type="radio"/> Autres: _____
--	---

INFORMATIONS SUR L'INCIDENT

L'un des événements suivants est-il lié à l'incident? <input type="radio"/> Traumatisme/accident <input type="radio"/> Infection péri-implantaire <input type="radio"/> Perforation du sinus <input type="radio"/> Infection <input type="radio"/> Fracture de l'implant <input type="radio"/> Fracture du pilier	<input type="radio"/> Mauvaise qualité osseuse <input type="radio"/> Mauvaise quantité osseuse <input type="radio"/> Détérioration/effritement pendant la pose <input type="radio"/> Surcharge biomécanique <input type="radio"/> Bruxisme <input type="radio"/> Augmentation osseuse	Au moment de l'incident/du retrait de l'implant <input type="radio"/> Inflammation <input type="radio"/> Mobilité <input type="radio"/> Absence de symptômes <input type="radio"/> Gonflement <input type="radio"/> Douleur <input type="radio"/> Saignement	<input type="radio"/> Fistule <input type="radio"/> Sensibilité accrue <input type="radio"/> Engourdissement <input type="radio"/> Hypersensibilité <input type="radio"/> Abscess <input type="radio"/> Autres: Veuillez écrire ci-dessous
--	--	---	---

Veillez décrire l'incident: Pourquoi pensez-vous que l'incident s'est produit ?

Avant d'envoyer la réclamation (svp cocher si vous avez lu):

- Nous confirmons par la présente que le produit a été utilisé conformément aux instructions d'utilisation (IFU).
- Nous confirmons par la présente que les conditions de garantie ont été lues et acceptées.

Nom: _____

Veuillez autoclaver tous les produits, mais ne PAS les nettoyer, et les marquer comme "STERILE"

Date: _____ Signature: _____

Complétez ce formulaire, y compris nom, date et signature puis, envoyez-le ainsi que les radiographies par e-mail à quality@zsystems.com

Veuillez envoyer le/les produit/s avec ce formulaire rempli à votre distributeur

CONTACTS

Si vous avez des questions, veuillez contacter votre gérant de territoire Z-SYSTEMS ou le Service d'assistance : support@zsystems.com.

SUISSE
Z-Systems AG
Werkhofstrasse 5
CH-4702 Oensingen
+41 62 388 69 69

ÉTATS-UNIS
Z-Systems USA, Inc.
PO Box 1319
Middleboro, MA 02346

ALLEMAGNE
Z-Systems GmbH
Wilhelmstrasse 6
DE-78120 Furtwangen
+49 7723 9144 899