

FECHA: ____/____/____
 día / mes / año



SELLO CLÍNICA DENTAL

INFORME DE IMPLANTE NO OSTEOTEGRADO 2018

No se aceptaran informes con apartados vacíos

Estimado/a doctor/a:

Gracias por elegir implantes MIS.

En aquellos casos en que el implante no se osteointegra durante los cinco primeros años tras su colocación, MIS considerará sustituir el implante no osteointegrado de forma gratuita. Por favor, tenga en cuenta que el reemplazo del implante sólo se dará si el implante no osteointegrado se devuelve **sin prótesis, acompañado de las radiografías e informe debidamente cumplimentado.**

Solo se cambiará implante no osteointegrado por implante nuevo, y en ningún caso se realizará abono del importe.

DATOS DEL IMPLANTE: V3 C1 MF7 MF4 EF5 LINK (implante de ortodoncia)

Medida: _____ Nº de lote: _____

CIRUJANO:

Apellidos: _____ Nombre: _____

DATOS DEL PACIENTE: Edad: Sexo: F M

SALUD Y HÁBITOS:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno relevante | <input type="checkbox"/> Trastorno(s) metabólico(s) |
| <input type="checkbox"/> Fumador/a | <input type="checkbox"/> Mala higiene bucal |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis o medicación contra la osteoporosis | <input type="checkbox"/> Otros datos relevantes: _____ |

PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DEL IMPLANTE:

- Día de la extracción
 Menos de 7 días desde la extracción
 Menos de 6 semanas desde la extracción
 6 a 12 semanas desde la extracción
 Más de 12 semanas desde la extracción

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA CIRUGÍA:

- Día de la operación / Menos de 4 semanas desde la cirugía
 Menos de 4 meses desde la cirugía
 Más de 4 meses desde la cirugía

SE CARGÓ EL IMPLANTE?: Sí No

PROTOCOLO DE CARGA DE LA PRÓTESIS:

- Carga inmediata
 Menos de 7 días
 Menos de 6 semanas
 6 a 12 semanas
 Más de 12 semanas

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA CARGA DE LA PRÓTESIS:

- | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Día de la carga | <input type="checkbox"/> De 3 a 5 años desde la carga |
| <input type="checkbox"/> Menos de 4 meses desde la carga | <input type="checkbox"/> Más de 5 años desde la carga |
| <input type="checkbox"/> De 4 a 12 meses desde la carga | <input type="checkbox"/> No se cargó la prótesis |
| <input type="checkbox"/> De 1 a 3 años desde la carga | |

CIRUGÍA:

Número de implantes colocados:

Utilización de injerto óseo: No

Utilización de membrana No

Distancia del diente/implante adyacente _____

Sí (especificar): _____

Sí (especificar): _____

RESTAURACIÓN:

Tipo de restauración: Fija: [] atornillada [] cementada Removible

Aditamiento _____

INDIQUE EL MOTIVO SOBRE LAS POSIBLES CAUSAS O COMPLICACIONES:

Etiqueta del implante no osteointegrado

Localización: ↓

