

Уважаемые коллеги, ознакомьтесь, пожалуйста, со следующей информацией

Производитель имплантационной системы **INNO Cowellmedi INC.** предоставляет пожизненную гарантию на имплантаты. Это связано с высокой точностью производства, применением самого современного оборудования, использованием высококачественного сырья. Имплантаты прошли все необходимые исследования, в том числе исследование на прочность и надежность всех компонентов системы. Они соответствуют международным стандартам качества. (Американской FDA., Европейской CE, Южнокорейской KFDA и Российский сертификат качества).

В случае отторжения имплантата производитель гарантирует его замену, если отторжение имплантата могло произойти по вине производителя.

Остеоинтеграция имплантата зависит от большого количества факторов, поэтому неудача не может рассматриваться однозначно как вина производителя.

В любом случае производитель не несет ответственности за возможные последствия поломки или отторжения имплантата.

В случае поломки или отторжения имплантата, заполните, пожалуйста, извещение об отторжении имплантата и вышлите его на адрес представителя имплантационной системы :

- 1 Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) до имплантации – обязательно
- 2 Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) сразу после имплантации - обязательно
- 3 Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) перед установкой формирователя десны – обязательно, если имплантат отторгся на стадии установки формирователя десны или после фиксации ортопедической конструкции
- 4 Рентгеновский снимок (ОПТГ или прицельный снимки) после фиксации ортопедической конструкции (абатмента) – обязательно,
- 5 медицинскую историю

Извещение об отторжении имплантата	№		Дата уведомления	
------------------------------------	---	--	------------------	--

Информация о практикующем враче

Ф.И.О. хирурга: _____ Клиника _____
 Адрес: _____ Телефон: _____
 _____ E-mail : _____

Причина

возврата: _____

Информация о пациенте

Номер карты: _____ Пол: _____ Возраст: _____

Медицинская история: Бруксизм Курение Алкоголизм Гипертония Диабет
 Болезнь сердца Рак Другое (поясните): _____

Гигиена полости рта: Хорошая Средняя Плохая **Состояние кости:** Хорошее Среднее Плохое

Хирургическая информация

Дата установки имплантата: _____ **Дата удаления имплантата:** _____

Хирургия: Традиционная 2-этапная Одноэтапная Начальная неудача с имплантатом
 (имплантация не удалась) Имплантат был установлен с полным ушиванием лоскута Установлен
 формирователь десны
 тип ортопедической конструкции (одиночная коронка мост съемный протез)
 Другое (поясните): _____

Использование материала для наращивания кости: Да Нет

Локализация имплантата (№ зуба)	№ модели (REF)	№ лота (LOT)

Имплантат удален по причине:

Инфекция Боль Парестезия Состояния кости Поломка имплантата Размер имплантата
 Плохая гигиена рта Вредные привычки Непредвиденная хирургическая травма
 Другое (поясните): _____ **Версия пациента:** _____

Информация о враче-ортопеде (при наличии)

ФИО: _____

Клиника _____

E-mail _____

Телефон: _____

Адрес: _____

Перед отправкой имплантата, он должен быть промыт от крови, упакован в крафт-пакет и подвергнут стерилизации в автоклаве. Каждый имплантат следует отправлять по отдельности вместе с заполненной формой в течение 15 дней со дня извещения об отторжении.

Контрольная дезинфекция проведена:

Подпись: _____ Дата: _____