

FORMULARIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL PRODUCTO

INFORMACIÓN DE ENVÍO

Por favor cumplimentar un formulario por paciente y enviarlo a la atención del Departamento de Calidad a la dirección de email: info@dentalinstant.com

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón social o NIF

Nº orden laboratorio

Persona de contacto

Nombre Dr. o Protésico

Teléfono de contacto

Email de contacto

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nº historial Consumo drogas

Edad paciente Bruxismo

Sexo H M Diabetes

Fumador Patologías periodontales

Patologías infecciosas

Falta higiene bucal

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Por favor, haga una breve descripción del caso e indique patologías relevantes del paciente:

DETECCIÓN DEL CASO

Por favor, indique el momento en que se detectó el caso:

A la recepción del producto

Durante su manipulación en laboratorio o clínica

Durante la colocación en paciente

Posterior a la colocación en paciente

TRAZABILIDAD DEL PRODUCTO

Referencia producto	Nº Lote / Serie	Fecha colocación			Fecha incidencia			Posición
		D	M	A	D	M	A	
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								

INFORMACIÓN PROTÉSICA

Prótesis:

Corona Nº Piezas

Puente

Full arch

Fecha colocación Instant

Fecha colocación definitivo

Fecha tornillo compact

INFORMACIÓN CLÍNICA

Pilar Instant:

Torque aplicado manual

Torque aplicado mecánico

Torque aplicado (Newtons)

Uso Instant angulado

Por favor, indique si hay devolución del producto para su posterior análisis: Sí No