

## 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](mailto: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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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

### INFORMACIÓN CLÍNICA

#### Pilar Instant:

Torque aplicado manual   
 Torque aplicado mecánico   
 Torque aplicado (Newtons)   
 Uso Instant angulado

Fecha colocación Instant     
 Fecha colocación definitivo     
 Fecha tornillo compact

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