

FORMULÁRIO DE GARANTIA DE QUALIDADE DO PRODUTO

INFORMAÇÕES DE ENVIO

Preencha um formulário por paciente e envie-o à atenção do Departamento de Qualidade para o endereço de correio eletrónico: info@dentalinstant.com

INFORMAÇÕES DO CLIENTE

Denominação social / NIF
 N.º ordem laboratório
 Pessoa de contacto
 Nome Dr. ou Téc. Prótese
 Telefone de contacto
 Email de contacto

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

N.º historial Consumo drogas
 Idade paciente Bruxismo
 Sexo M F Diabetes
 Fumador Patologias periodontais
 Patologias infecciosas
 Falta higiene bucal

DESCRIÇÃO DO CASO

Faça uma breve descrição do caso e indique patologias relevantes do paciente:

DETEÇÃO DO CASO

Indique o momento em que se detetou o caso:

Na receção do produto
 Durante a manipulação no laboratório ou clínica
 Durante a colocação no paciente
 Posterior à colocação no paciente

RASTREABILIDADE DO PRODUTO

Referência produto	N.º Lote / Série	Data colocação			Data incidente			Posição
		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"/>

INFORMAÇÃO PROTÉTICA

Próteses:

Coroa
 Ponte
 Full arch

N.º Peças

Data colocação Instant
 Data colocação definitiva
 Data parafuso compact

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Pilar Instant:

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

Indique se há devolução do produto para a sua posterior análise:

Sim Não