

FORMULAIRE DE GARANTIE DE QUALITÉ DU PRODUIT

INFORMATIONS D'EXPÉDITION

Veillez remplir un formulaire par patient et l'envoyer à l'attention du Service Qualité à l'adresse email : info@dentalinstant.com

INFORMATION DU CLIENT

Dénom. sociale ou NIF
 N° commande laboratoire
 Personne de contact
 Nom Dr ou Prothésiste
 Téléphone de contact
 Email de contact

INFORMATION DU PATIENT

N° historique Consommation drogues
 Âge patient Bruxisme
 Sexe H F Diabète
 Fumeur Maladies parodontales
 Maladies infectieuses
 Absence hygiène buccale

DESCRIPTION DU CAS

Merci de saisir une brève description du cas et indiquer les pathologies pertinentes du patient :

DÉTECTION DU CAS

Veillez indiquer le moment où le cas a été détecté :
 À la réception du produit
 Lors de leur manipulation en laboratoire ou en cabinet
 Pendant le placement
 Après le placement

TRAÇABILITÉ DU PRODUIT

Référence produit	Lot / Série	Date mise en place			Date incidence			Position
		J	M	A	J	M	A	
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								

INFORMATION PROTHÉTIQUE

Prothèse :

Couronne N° Pièces
 Pont
 Full arch

Date mise en place Instant
 Date mise en place déf.
 Date vis compacte

INFORMATIONS CLINIQUES

Pilier Instant :

Couple appliqué à la main
 Couple appliqué mécaniquement
 Couple appliqué (Newtons)
 Utilisation Instant angulé

Merci d'indiquer si vous retournez le produit pour analyse ultérieure : Oui Non