

Уважаемые коллеги, ознакомьтесь, пожалуйста, со следующей информацией

Производитель имплантационной системы ИМПРО 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. Например, имплантаты диаметром 3.6 мм способны выдерживать нагрузку до 1000 Нсм, что подтверждается результатами краш-теста (подробную информацию Вы можете получить на сайте www.impro-implant.ru). Производитель гарантирует точность и надежность всех компонентов системы, так как они соответствуют европейским стандартам качества.

В случае поломки имплантата производитель гарантирует его замену, если результаты тестов покажут, что поломка произошла по вине производителя (нарушение технологии обработки сырья, чрезмерное истончение стенок при обработке и т.п.).

В случае отторжения имплантата производитель гарантирует его замену, если результаты тестов покажут, что отторжение имплантата могло произойти по вине производителя (дефекты обработки поверхности имплантата и т.п.)

Остеоинтеграция имплантата зависит от большого количества факторов, поэтому неудача не может рассматриваться однозначно как вина производителя. Опыт применения имплантационной системы ИМПРО показывает крайне низкий показатель отторжения имплантатов, как в ранние, так и в отдаленные сроки после имплантации (в среднем от 0,1 до 0,5 %).

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 ИМПРО в Вашем регионе или на адрес эксклюзивного представителя имплантационной системы ИМПРО в Москве (105062, г. Москва, ул. Покровка, д.43, стр.2, ГК ДенталГуру). Также необходимо выслать следующую информацию:

- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) до имплантации – обязательно*
- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) сразу после имплантации – обязательно*
- 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
- Рентгеновский снимок (ОПТГ или прицельный снимки) после фиксации ортопедической конструкции (абатмента) – обязательно, если имплантат отторгся после фиксации ортопедической конструкции (с абатментом)

Мы также рекомендуем пройти курсы повышения квалификации в авторизованном учебном центре Дентал Гуру, что поможет избежать ошибок и позволит достичь высоких результатов приживаемости имплантатов.

Заявка будет рассмотрена только при полноценном заполнении всех пунктов и предоставлении всех требуемых снимков

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 ☐ Гипертония ☐ Диабет ☐ Остеопороз ☐ боли ВНЧС☐ Болезнь сердца ☐ Операции под наркозом ☐ Другое _____**Гигиена полости рта***: ☐ Хорошая ☐ Средняя ☐ Плохая **Тип кости***: ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4**Дата установки имплантата***: _____ **Дата удаления имплантата***: _____**Хирургия***: ☐ в беззубый гребень ☐ с полным ушиванием лоскута ☐ с формирователем десны ☐ сразу после удаления зуба ☐ с немедленной нагрузкой ☐ одновременно с синус-лифтингом ☐ с направл. костн. регенер.☐ после аугментации блоками ☐ с расщеплением ☐ другое _____☐ фиксировался иммедиат протез ☐ использовали PRF ☐ вестибулопластика**Ортопедия*** (☐ одиночная коронка ☐ мост ☐ съемный протез ☐ на балке) ☐ Другое _____Использование материала для наращивания кости*: ☐ Да(название) _____ ☐ Нет

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

Имплантат удален по причине и во время следующих процедур (отметьте несколько)*:☐ Инфекция ☐ Боль ☐ Парестезия ☐ Резорбция кости ☐ Поломка имплантата ☐ Не удалось стабилизировать☐ Подвижность имплантата ☐ Плохая гигиена рта ☐ Вредные привычки ☐ Во время установки формирователя☐ снятие слепков ☐ примерка конструкции ☐ после фиксации конструкции ☐ фиброинтеграция☐ Другое (поясните): _____ **Версия пациента:** _____**Информация о враче-ортопеде (при отторжении имплантата на этапе протезирования*)**

ФИО: _____ Клиника _____ E-mail _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Перед отправкой имплантата, он должен быть промыт от крови, но НЕ очищен, 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. ***Поля обязательные для заполнения. При наличии незаполненных граф заявка не рассматривается!**

Контрольная дезинфекция проведена (ФИО) _____ Подпись: _____ Дата: _____

Форму отправлять по адресу регионального представителя или по адресу: 105062 Москва, ул. Покровка, д.43, стр.2, Кому: НИО ДенталГуру.

**подпись означает согласие доктора на включение данных в проводимые НИО ДГ научные исследования

Подпись доктора** _____