

Bu formun, hastaya ilişkin tüm bilgileri ve detayları içerecek şekilde doldurulması ve ilgili uzman tarafından imza ve kaşelenerek onaylanması gerekmektedir. Formun belirtilen şekilde doldurulmaması, ürünün, taşıma bedellerinin ilgili uzmandan tahsili ile birlikte iadesine sebep olacaktır.

İlgili uzmanın analiz edilecek her bir ürün için, bir form doldurması gerekir.

KLİNİSYENE İLİŞKİN BİLGİLER

Uzmanın Adı Soyadı:		
Adresi:		
No:		
Posta Kodu:	Şehir:	Bölge:
Ülke:	Telefon:	
E-posta:		

KLİNİK DURUM İLE İLİŞKİLEN ÜRÜNLER HAKKINDA BİLGİ

ÜRÜN KODU	ÜRÜN ADI	LOT NUMARASI			MİKTAR
		YOK	VAR:		
		YOK	VAR:		

Ürün, kendi adınıza, başkası adına ya da klinik adına mı satın alındı?

Açıklamalar:

Şikâyet analiz raporu almak istiyor musunuz?

Evet

Hayır

Aynı ürünü değişim olarak istiyor musunuz?

Evet

Hayır

Hangisi?

Değişim yukarıda belirtilen adrese mi yapılacaktır?

Evet

Hayır

Hangisi?

OLAYIN AÇIKLAMASI

--

PROBLEMİN SEÇİMİ

OSSEOİNTEGRASYON SORUNU	KİTLEME	KULLANILAMAZ ÜRÜN	İMLANT ÇIKARMA
UYGUN OLMAYAN ÜRÜN	DEFORMASYON	YUTMA/ASPİRASYON	ÖLÜM
PRİMER STABİLİTENİN SAĞLANAMAMASI.	ÇATLAK/KIRIK	MANİPÜLASYON	ALERJİ
DİĞER:			



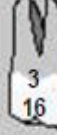
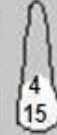
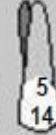

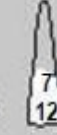






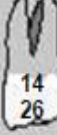
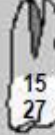
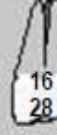

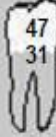
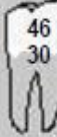

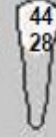











HAZIRLAYAN	KALİTE MÜDÜRÜ	ONAYLAYAN	GENEL MÜDÜR
TARİH	29.03.2017	TARİH	29.03.2017
BU DOKÜMAN ELEKTRONİK ORTAMDA KONTROL EDİLMİŞ VE ONAYLANMIŞTIR.			

HASTAYA İLİŞKİN BİLGİLER


Hasta Kimlik Numarası:


Doğum Tarihi: _____ Cinsiyet: Kadın Erkek Kilo:**YALNIZCA ÜLKE MEVZUATI İZİN VERİYORSA DOLDURUNUZ.**

İmplantın yerleştirildiği bölgeyi X ile işaretleyin:

 1 18	 2 17	 3 16	 4 15	 5 14	 6 13	 7 12	 8 11	 9 21	 10 22	 11 23	 12 24	 13 25	 14 26	 15 27	 16 28	
 48 32	 47 31	 46 30	 45 29	 44 28	 43 27	 42 26	 41 25	 31 24	 32 23	 33 22	 34 21	 35 20	 36 19	 37 18	 38 17	

Diş Sayıları

 12 Universal
FDI

 34 FDI
Universal

İmplant Yerleştirme Tarihi: _____(GG/AA/YYYY)

İmplant Çıkarma Tarihi: _____(GG/AA/YYYY)

Dayanak Çıkarma Tarihi: _____(GG/AA/YYYY)

İmplant dayanak ya da bir ekipman hatasından dolayı mı çıkartıldı? Evet Hayır İmplant çıkarıldığı durumda aynı cerrahi prosedür ile mi takıldı? Evet Hayır Uygulanan tork ne idi? Manuel Raşet N.cmBulunan kemik kalitesi ne idi? Kemik Tipi I II III IV İmplant dişlerin çıkarılması sonrasında mı yerleştirildi? Hayır Evet
Evet; ise, enfeksiyon var mıydı? Evet Hayır

HAZIRLAYAN	KALİTE MÜDÜRÜ	ONAYLAYAN	GENEL MÜDÜR
TARİH	29.03.2017	TARİH	29.03.2017
BU DOKÜMAN ELEKTRONİK ORTAMDA KONTROL EDİLMİŞ VE ONAYLANMIŞTIR.			

Uygulanan frez sırası nasıl idi, X ile işaretleyiniz.

Başlangıç Frezi			
Boyun Açma Frezi 3.5	Boyun Açma Frezi 4.3	Boyun Açma Frezi 5.0	
Burgulu Frez 2.0	Burgulu Frez 3.5	Burgulu Frez 4.3	Burgulu Frez 5.0

Herhangi bir fenestrasyon var mıydı? Hayır Evet
Kemik grefti yerleştirildi mi? Hayır Evet Hangi malzemeden?
Yerleştirilen dayanak verileri: Çok Üyeli Tek Üyeli Açılı Düz
Ne zaman yerleştirildi? İmmediat Daha Sonra Tarih: _____ (GG/AA/YYYY) Henüz değil

BULUNAN PROBLEMİ ETKİLEMİŞ OLMASI MUHTEMEL FAKTÖRLER

Şeker hastalığı Yetersiz kemik kalitesi Biyomekanik aşırı yük
 Yetersiz ağız hijyeni Yetersiz kemik miktarı Bağışıklık yetersizliği
 Kemoterapi Sinüs zar performansı Alerji/aşırı duyarlılık
 Oklüzal travma Radyoterapi (Baş/Boyun) Oklüzal splint kullanımı
 Cerrahi travma Kemiğin aşırı ısınması Perimplantit
 Enfeksiyon İmmediat yükleme Ağız kuruluğu
 Sigara içme Bruksizm Alkol kullanımı
 İlaç? _____
 Diğer hastalıklar? _____
 Diğer? _____

İMLANT KAYBI İLE BERABER AŞAĞIDAKİ SEMPTOMLAR GÖRÜLDÜ MÜ?

Acı Fistül Semptom yok
 Kanama Şişme Denetim yapılmadı
Diğer: _____

TEKRAR KULLANILABİLİR ÜRÜN OLMASI HALİNDE:

Temizlik için hangi ürün kullanılmıştır?

Enzim temizlik maddesi Klorheksidin % 2 Glutaraldehit Tuz
Etanol % 70 Hidrojen peroksit Diğer:

Temizlik hangi metotla gerçekleştirilmiştir?

Manuel Ultrasonik

HAZIRLAYAN	KALİTE MÜDÜRÜ	ONAYLAYAN	GENEL MÜDÜR
TARİH	29.03.2017	TARİH	29.03.2017

BU DOKÜMAN ELEKTRONİK ORTAMDA KONTROL EDİLMİŞ VE ONAYLANMIŞTIR.

Temizlik için kullanılan araç nedir?

Naylon Fırça Çok Amaçlı Sünger Çelik Fırça Çelik Sünger

Ürün kullanımına ilişkin bir sorun mevcut muydu?**TAAHHUT BEYANI**

Yukarıda yer alan bilgilerin doğru ve hastanın dosyasıyla tutarlı olduğunu beyan ederim.

Tarih: _____

İmza: _____

Bilgiden sorumlu kişinin adı: _____

STERİLİZASYON BEYANI

Ben _____ yukarıda tanımlanan malzemelere ilişkin sterilizasyon işleminin ilgili sterilizasyon standartlarına uygun bir şekilde gerçekleştirilmiş olduğunu beyan ederim.

Sterilizasyon yöntemi _____ Nemli ısı (Otoklav)

Biyolojik göstergeler serisinin sayısı (*Bacillus stearothermophilus*) _____

Biyolojik gösterge sonucu: UYGUN (Biyolojik gösterge gelişimi olmaması)
 UYGUN DEĞİL (Biyolojik göstergede gelişim olması)

Sterilizasyon Tarihi: _____

Sterilizasyon ekipman modeli: _____ Seri numarası: _____

Üretici: _____ Kapasite (litre): _____

Sterilizasyon sorumlusu: _____

İmza: _____

Sterilizasyonun 121°C'de 1 atm basınçla yapılması ve 30 dakika döngü süresi kullanılması tavsiye edilmektedir.

HAZIRLAYAN	KALİTE MÜDÜRÜ	ONAYLAYAN	GENEL MÜDÜR
TARİH	29.03.2017	TARİH	29.03.2017
BU DOKÜMAN ELEKTRONİK ORTAMDA KONTROL EDİLMİŞ VE ONAYLANMIŞTIR.			

DİKKAT!**ÜRÜNÜ ANALİZE GÖNDERİRKEN YAPILACAK İŞLEMLER**

1. Bir ZİNE DENT yetkili distribütöründen alınan ürünler: doğrudan ürünün alındığı yetkili distribütöre iade edilecektir.

2. Ürünlerin, lamine edilmiş filmlerde kendinden mühürlü cerrahi sınıf kağıt paketlerle uygun bir şekilde paketlenmiş olarak Yetkili Distribütöre, otoklav için uygun sterilizasyon onayıyla gönderilmesi gerekmektedir;

3. Bütün ürünlerin garanti formu ve gereken belgeler doldurulmuş bir şekilde tamamen temiz ve sterilize edilmiş olmak suretiyle Zinedent yetkili distribütörüne gönderilmesi gerekmektedir:

- Satınalma faturası fotokopisi;
- Gerekli olan bütün sorular cevaplanmış bir şekilde doldurulan garanti formu (izin verilmesi halinde);
- Hastanın klinik dosyasının kopyası;
- Zinedent analizinin yapılmasının ardından profesyonellere geri gönderilecek olan radyografiler.

NOT: Mevzuatında hasta bilgilerinin verilmesi kısıtlı olan ülkeler için bu veriler geçerli olmamaktadır.

4. Uygun bir şekilde temizlenmeyen ve sterilize edilmeyen ve ilgili sterilizasyon onayı olmayan ürünler alınmayacak ve analiz için kabul edilmeyecektir.

5. Yukarıdaki talimatlara uygun olmayan bir şekilde ürünlerin sterilizasyonu için üçüncü bir şirketin kullanılması ile ilgili masraflar tamamen dışıya ait olacaktır.

Herhangi bir acil durumda aşağıdaki telefon numarasından ya da e-mail adresinden Zinedent İmplant Üretim AŞ'ye ulaşabilirsiniz:

E-mail: info@zinedent.com

Telf: + 90 312 286 04 84

HAZIRLAYAN	KALİTE MÜDÜRÜ	ONAYLAYAN	GENEL MÜDÜR
TARİH	29.03.2017	TARİH	29.03.2017
BU DOKÜMAN ELEKTRONİK ORTAMDA KONTROL EDİLMİŞ VE ONAYLANMIŞTIR.			