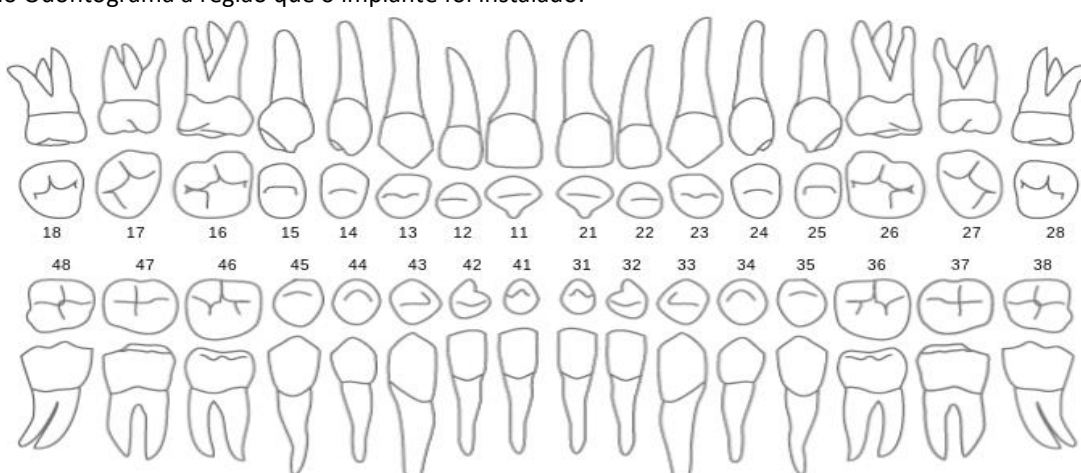


IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE: <input type="checkbox"/> Distribuidor: _____ <input type="checkbox"/> Usuário Final (Profissional da Saúde)	
Cliente:	Fone:()
Endereço:	E-mail:
IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS:	
Descrição do produto e quantidade:	Número Lote:
_____	_____
_____	_____
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome ou código de identificação:	
Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Feminino Masculino Peso: _____ kg	
Identifique no Odontograma a região que o implante foi instalado:	
	
Data da instalação: ____/____/____ Data da remoção: ____/____/____	
HISTÓRICO CLÍNICO DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Radioterapia (cabeça/pescoço) <input type="checkbox"/> Alergia/hipersensibilidade <input type="checkbox"/> Higiene oral: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Alguma Cirurgia Recente? Qual? _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Outras doenças. Quais? _____	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Xerostomia <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Deficiência imunológica <input type="checkbox"/> Realizada a Quanto Tempo? _____
INFORMAÇÕES DA CIRURGIA	
Qual foi a estabilidade primária alcançada (Torque)? _____ N.cm	
Realizada carga imediata? _____ Sim _____ Não	
Osso do tipo: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Quais fatores influenciaram a ocorrência? _____	
A perda do implante foi acompanhada por algum acontecimento: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Inchaço <input type="checkbox"/> Instabilidade Outros: _____	
FAVOR ENVIAR IMAGENS (ANTES E DEPOIS DA INSTALAÇÃO DOS IMPLANTES E PERIAPICAL DO ATO DA REMOÇÃO) E-mail para envio: qualidade@implacil.com.br; No campo assunto do e-mail mencionar o nome de cadastro de cliente – paciente (Ex: Dr. João Souza – Paciente Laura da Silva)	