

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| E Y G MEDICAL SYSTEM S.R.L. | REGISTRO | Fecha desde: 03.04.17 Hoja: 1 de 1 |
| | Reclamos de clientes. Implantes | R-P-08-03.1 Rev.: 00 |

Nota: Todas las piezas devueltas deben entregarse limpias, en un sobre o bolsa y acompañar la pieza con una radiografía de la implantación.

| | |
|--|-------------------|
| FECHA: | RQC Nº: |
| DATOS DEL CLIENTE | |
| Nombre del Odontólogo/a: Nº de Matricula: | |
| Domicilio: | Teléfono/celular: |
| e-mail: | |

| | | | |
|--|-----------------------------------|------------|--------|
| DATOS DEL PACIENTE | | | |
| Nombre del Paciente: | Sexo: | F: | M: |
| Edad: | Fumador: | Diabético: | Otros: |
| Fecha de colocación del implante: | Fecha de exposición del implante: | | |
| Fecha de colocación de la pieza protésica: | Fecha de retiro del implante: | | |

| DATOS DEL IMPLANTE | MOTIVOS DEL RECLAMO |
|--|---|
| Código del Implante: | Carga post cirugía del implante (pre-exposición): |
| Vto: Nº de lote: | Sobrecarga o stress biomecánico al instalar la pieza protésica: |
| <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> | Baja calidad de hueso: |
| | Baja cantidad de hueso: |
| | Problemas post cirugía. Cuáles?: |
| | Otros: |

| | | |
|--|------|-----------|
| DATOS DEL IMPLANTE DE REEMPLAZO | | |
| Código del Implante: | | |
| Nº de lote: | Vto: | Cantidad: |

Profesional:

Firma y Fecha

Receptor:

Firma y Fecha

Supervisor:

Firma y Fecha

| | |
|---|----------------------------------|
| PARA USO EXCLUSIVO DE CONTROL DE CALIDAD | |
| Fecha: | Nombre/Apellido Receptor: |
| Resultado de la investigación: | |
| CAPA'S aplicadas: | |
| Fecha de respuesta: | |