

Office Use Only

Distributor:

Account #:

Для отдела качества

Product Failure & Single Patient Information Report
Бланк возврата и информация о пациенте

*Mandatory fields

*Обязательные поля

Event Information (to be filled in by clinician)						
Информация о случае (заполняется только клиникой)						
Doctor's Name (in English):* Имя врача (на английском) :*		Clinic address including Country name (in English): Адрес клиники включая название страны (на английском) :*		Clinic contact information: Phone: Fax: Email: Контактные данные клиники: Телефон: Факс: Эл. адрес:		Quantity* (per Patient): Количество* (на пациента):
Implants Placement Date:* Дата размещения имплантата: *		Bone Type* Тип Кости *	Flaples <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Immediate Implant*: немедленный Имплантат:* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Immediate Load* Немедленная нагрузка * <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Restoration Date:* Дата восстановления: *
Implant Removal Date:* Дата удаления имплантата: *	Implant Removal Site No.: Номер удаленного имплантата:	Adin involved device catalog number:* Номер Артикула по каталогу: *		Other involved devices:* Другие задействованные устройства: *	Lot #* Лот # *	

Medical History: Age:* История болезни: Возраст: *						<input type="checkbox"/> Female Женский	<input type="checkbox"/> Male Мужской
<input type="checkbox"/> Normal Нормальный	<input type="checkbox"/> Smoker Курильщик	<input type="checkbox"/> Hypertension Гипертония	<input type="checkbox"/> Cardiac Problems Сердечные заболевания	<input type="checkbox"/> Diabetes Диабет	<input type="checkbox"/> Alcoholism Алкоголизм		
<input type="checkbox"/> Trauma, Detail: Травмы – детали:		<input type="checkbox"/> Cancer, Treatment: Рак – лечение:		<input type="checkbox"/> Others (specify): Другое (указать):			

Reason Implant Removed *: *Attach x-rays of the implant site from dates of placement and removal. (If possible)*

Причина устранения имплантата*: Прикрепите рентгеновские снимки места имплантата из дат размещения и удаления. (Если возможно)

<input type="checkbox"/> Infection Инфекция	<input type="checkbox"/> Mobility Неустойчивость имплантата	<input type="checkbox"/> Pain Боль	<input type="checkbox"/> Granuloma Гранулема	<input type="checkbox"/> Scar Tissue Рубцовая ткань	<input type="checkbox"/> Sinus Penetration Проникновение синуса
--	--	---------------------------------------	---	--	--

<input type="checkbox"/> Bone Loss Потеря костной массы	<input type="checkbox"/> Implant Fracture Разрушение имплантата	<input type="checkbox"/> Nerve Impaction/Penetration Задет нерв
--	--	--

Other (provide explanation):
Другое (укажите):

Patient Outcome:
Заключение:

Prosthetics & Instruments Return, Please State Problem Encountered:*

Возврат протезированной продукции и инструментов - пожалуйста, уточните проблему: *

Form completed by:
Форма заполнена:

Signed:
Подпись:

Date:
Дата:

Использование только администрацией завода «Адин»

For the use of Adin Admin only :

Quality system Reference number :

Involved device classification:

Failure classification: