



Vă rugăm să returnați produsul (produsele) **sterilizat(e)**
și ambalat(e) separat!

Stimate Furnizor de asistență medicală,

Vă mulțumim că ați achiziționat produse Alpha-Bio Tec. fabricate conform celor mai înalte standarde de calitate și care îndeplinesc cele mai riguroase cerințe internaționale.

Pentru a returna produsul conform unei proceduri organizate, vă rugăm să urmați instrucțiunile de mai jos:

- 1 **Completați integral acest formular și trimiteți-l alături de produsul sterilizat. Orice informație lipsă va conduce la prelucrarea cu întârziere. Toate câmpurile sunt obligatorii, exceptând cazurile când se precizează altfel.**
- 2 **Adăugați radiografiile dinainte și de după eveniment.**

1. Informații despre distribuitor	
Denumirea distribuitorului	
Adresa distribuitorului	
Țara distribuitorului	
2. Informații despre medic	
Numele medicului	
Adresa medicului	
Numărul de telefon al medicului	
3. Informații despre produs	
Număr componentă	
Număr lot	
Descriere	
4. Detalii despre caz	
Când s-a produs evenimentul:	<input type="checkbox"/> La sosire <input type="checkbox"/> În timpul procedurii clinice <input type="checkbox"/> După procedura clinică
Tip de reclamație legată de produs:	
<input type="checkbox"/> Osteointegrare nereușită	<input type="checkbox"/> Nu s-a obținut stabilitatea primară <input type="checkbox"/> Pierderea caracterului steril (nu s-a utilizat)
<input type="checkbox"/> Componentă fracturată	<input type="checkbox"/> Dimensiune aleasă greșit <input type="checkbox"/> Ambalaj (atașați ambalajul și specificați)
<input type="checkbox"/> Etichetare (specificați)	<input type="checkbox"/> Deformare (specificați)
<input type="checkbox"/> Traumatism extern (de exemplu, accident de mașină), specificați	<input type="checkbox"/> Defect de suprafață (al produsului), specificați
<input type="checkbox"/> Altele, specificați:	





5. Informații despre intervenția chirurgicală			
Data implantării	__/__/____		
Data atașării protezei	__/__/____		
Data scoaterii implantului	__/__/____		
Data la care au cedat instrumentele/bonturile	__/__/____		
6. Informații despre pacient			
Indicatorul pacientului (nu se precizează numele din motive de confidențialitate)		Sex:	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin
Vârstă	<20 20-50 50-70 >70		
Profilul pacientului	<input type="checkbox"/> Suferind de bruxism <input type="checkbox"/> Fumător <input type="checkbox"/> Diabetic <input type="checkbox"/> Osteoporoză <input type="checkbox"/> Terapie cu steroizi <input type="checkbox"/> Terapie prin iradiere în prezent/anterior în regiunea respectivă <input type="checkbox"/> Altele		
7. Vătămarea pacientului*			
Vătămarea pacientului*	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Dacă da, explicați:	
Data evenimentului (zz/ll/aaaa)	__/__/____		
Afectare permanentă	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Dacă da, explicați:	
Durere și amorțeală	S-a îndepărtat implantul din cauza durerii?		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
	S-a îndepărtat implantul din cauza senzației de amorțeală?		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
	Durerea/amorțeala a dispărut după ce s-a scos implantul?		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
*Toate procedurile chirurgicale neplanificate constituie vătămări și necesită transmiterea imediată a unui raport către reprezentantul ABT local.			

Vă mulțumim pentru cooperare!

NUMAI PENTRU
UZ INTERN

