

## Протокол врачебного наблюдения за имплантатом

**Уважаемый доктор!**

**Спасибо что выбрали продукцию MIS Implants.**

В случае отторжения имплантата, MIS предоставит замену без дополнительной оплаты и без ограничений по срокам (**пожизненно**). К вашему сведению, замена будет предоставлена только в случаях, когда отторженный имплантат будет получен в **стерильном состоянии** с приложенными **рентгеновскими снимками** и **полностью заполненной анкетой**.

**Мы заинтересованы в обстоятельном исследовании потенциальных причин отторжения (только для статистического анализа), поэтому заранее благодарны за исчерпывающе заполненную анкету.**

**Информация о имплантате:** Номер зуба: \_\_\_\_\_ Кат. номер : \_\_\_\_\_ Лот : \_\_\_\_\_

### **Операционный протокол**

- День удаления
- Менее 7-ми дней после удаления
- Менее 6-ти недель после удаления
- 6 -12 недель после удаления
- Более 12-ти недель после удаления

### **Протокол нагрузки**

- День имплантации
- Менее 7-ми дней после имплантации
- Менее 6-ти недель после имплантации
- 6 -12 недель после имплантации
- Более 12-ти недель после имплантации

### **Дата отторжения:**

- Время со дня операции:
  - День операции / До 4 недель со дня операции
  - До 4 месяцев со дня операции
  - Более 4 месяцев со дня операции
- Время со дня нагрузки:
  - День нагрузки
  - До 4 месяцев со дня нагрузки
  - 4-12 месяцев со дня нагрузки
  - 1-3 года со дня нагрузки
  - 3-5 лет со дня нагрузки
  - Более 5-ти лет со дня нагрузки

**Город:** \_\_\_\_\_ **Клиника:** \_\_\_\_\_

**Хирург ФИО:** \_\_\_\_\_

**Данные пациента:** **Возраст:** \_\_\_\_\_ **Пол:** Ж М

- **Состояние здоровья и вредные привычки:**
  - Нет системных заболеваний
  - Курение
  - Остеопороз/лекарства от остеопороза
  - Нарушение обмена веществ
  - Низкий уровень гигиены полости рта
  - Дополнительно: \_\_\_\_\_

### **Хирургический этап:**

- Кол-во установленных имплантатов: \_\_\_\_\_ Расстояние от смежного зуба/имплантата \_\_\_\_\_
- Использование костного мат-ла:  Нет  Да (укажите тип): \_\_\_\_\_
- Использование мембраны:  Нет  Да (укажите тип): \_\_\_\_\_

### **Протезирование:**

- Тип протезирования:  Несъемный: [  ] Винтовая фиксация [  ] Цементная фиксация
- Съемный
- Подробное описание: \_\_\_\_\_

### **Предположения о потенциальных причинах отторжения или дополнительных осложнений:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Бесплатная замена имплантата будет произведена только в случаях полностью соответствующих с вышеуказанными критериями. Указанное соглашение о замене имплантата не должно быть истолковано как возложение ответственности или каких-либо обязательств на производителя.**