

Ziacom Medical SL
 Calle Búhos, 2
 28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA
 Tfno.: +34 91 723 33 06
 info@ziacom.com - www.ziacom.com
 C.I.F.: B-84115195 | VAT No.: ESB-84115195

PROGRAMA GARANTÍA ZIACOM®
NOTIFICACIÓN INCIDENCIA SIMPLIFICADA DE IMPLANTES

Código Programa Garantía (a cumplimentar por usuario)

FORMULARIO DE INCIDENCIA SIMPLIFICADA DE IMPLANTES

IMPORTANTE: Para solicitar la garantía, el cliente debe cumplimentar este cuestionario y enviarlo a Ziacom® o su distribuidor oficial autorizado siguiendo las instrucciones recogidas en el Programa de Garantía Ziacom® disponible en www.ziacom.com. **DEVUELVA LOS ARTÍCULOS SIEMPRE ESTERILIZADOS Y EMPAQUETADOS.**

*Datos obligatorios

DATOS DEL CLIENTE (CLÍNICA U OTRO) (obligatorio para garantía de implantes)

Nombre cliente / Razón social*	Nº cliente Ziacom®
Nombre clínica	
Persona contacto	
Dirección completa*	Laboratorio
Email clínica	Teléfono clínica*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (cumplimentar solo en caso de incidencia quirúrgica o postquirúrgica)

Nº historial clínico (No indicar nombre)* Hombre Mujer Edad

HISTORIAL MÉDICO *Conforme a contraindicaciones relativas y absolutas según instrucciones de uso (obligatorio para garantía de implantes)

Diabetes mellitus. Tipo 2	Paciente inmunocomprometido	Fumador	Higiene*	Medicación
Alcoholismo / Drogadicción	Osteoporosis	Ocasional	Buena	
Enfermedad periodontal	Trastornos de la coagulación	Regular	Regular	
Bruxismo / Parafunciones	Alergia al titanio	Tabaquismo	Deficiente	

Otras enfermedades o datos significativos:

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO (obligatorio para garantía de implantes)

Dr/Dra*
 Nº colegiado
 Colegio

DATOS DE LA INCIDENCIA (obligatorio para la garantía de implantes)

INFORMACIÓN DEL IMPLANTE (obligatorio para garantía de implantes)

REF.*	LOTE*	Posición*	Torque de inserción Ncm*	1 Calidad hueso*				Fecha implantación* dd/mm/aaaa	Fecha carga protésica dd/mm/aaaa	Método de inserción			Fecha explantación dd/mm/aaaa
				I	II	III	IV			Manual	Mecánico	Ambos	
								/ /	/ /				/ /
								/ /	/ /				/ /

¹ Calidad y cantidad ósea en la zona (según el índice de Lekholm&Zarb, 1985).

INFORMACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO (obligatorio para garantía de implantes) ▶▶ Cumplimentar en caso de carga protésica

Nº de usos*	Instrumental*	Otros detalles	Protésis	Tipo de aditamento
1 - 10	Original		Unitaria	Directo a implante
11 - 22	No original		Múltiple	Sistema Basic
23 - 34				Sistema XDrive
35 - 45				Sobredentadura
+ 45				Sistema Nature

MOTIVO DE LA INCIDENCIA (obligatorio para garantía de implantes) ▶▶ Cumplimentar en caso de carga protésica

Instrumentación		SI		NO		Osteotomía*		Sin carga protésica		Con carga protésica	
Contaminación por caída						Con terraja		Periimplantitis	Sensibilidad	Periimplantitis	Sensibilidad
Apertura errónea						Con fresa cortical		Infección / Dolor	Pérdida de hueso marginal	Movilidad	Fractura del implante
Transportador						Con fresa final		Movilidad		Pérdida hueso marginal	Reabsorción ósea severa
Llave inserción						Falta de estabilidad primaria		Fibrointegración			
Vial						Fractura del implante					

OBSERVACIONES: FIRMA Y SELLO CLÍNICA*

Protección de Datos. **RESPONSABLE:** Ziacom Medical SL. **FINALIDAD:** Realizar la actividad propia del contrato legítimamente suscrito por las partes o relación comercial, de acuerdo con la Ley 3/2018 de 5 de diciembre, referente a la Protección de Datos. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución de un contrato o relación comercial. **CESIONES:** Solo a las empresas del grupo, al objeto de facilitar la tramitación de las condiciones previstas en el contrato para la ejecución de la relación comercial y las cesiones en cumplimiento de la normativa en vigor. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia del contrato o relación comercial y durante los plazos legalmente establecidos. **DERECHOS:** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, portabilidad y limitación en info@ziacom.com. Más información en www.ziacom.com/politica-de-privacidad.