



**ACÇÕES CORRETIVAS TOMADAS OU A TOMAR:** Quais tratamentos adicionais foram tomados em respeito ao acontecimento? Está planejado algum tratamento adicional? Descrever.

Nome do Paciente:            Idade:

Data da Cirurgia:        /        /            Data da Remoção:        /        /

Posição dos Dentes - Números:

Data da Instalação da Prótese:        /        /

Em sua opinião, qual foi a principal causa que contribuiu para a falha no tratamento?

Saúde ou hábitos do paciente

Mal funcionamento dos equipamentos

Procedimento cirúrgico

Desconhecido

Outros:

SE APLICAVEL, MARQUE O QUE PODE TER CONTRIBUIDO PARA O OCORRIDO:

Posição do Implante

Doença de Collagen

Alcoolismo

Diabetes não controlada

Prolongado uso de corticosteróide

Dependência crônica de drogas

Discrasia sanguínea

Quimioterapia recente (1 ano)

Osteoporose

Doenças endócrinas

Osteomilite

Tratamentos reconstrutivos prévios

Se necessário, haverá acesso a toda documentação incluindo pré e pós-operatório?

Sim

Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura do medico – CRO

\_\_\_\_\_  
Data

**COMPLETAR O RELATÓRIO, ANEXANDO RADIOGRAFIAS INICIAIS E FINAIS, PRODUTO (LIMPO E ESTERILIZADO).  
O ENCAMINHAMENTO DESTES RELATÓRIOS NÃO IMPLICA A DEVOLUÇÃO DO PRODUTO, FICANDO A CRITÉRIO DA  
EMPRESA.**