



Перед возвратом простерилизуйте продукты и упакуйте каждый отдельно!

Уважаемые представители медицинского учреждения!

Благодарим вас за покупку продукции Alpha-Bio Tec., которая производится в соответствии с высочайшими стандартами качества и отвечает самым строгим международным требованиям.

Чтобы вернуть продукт с соблюдением должной процедуры, следуйте приведенным ниже инструкциям.

- 1 Полностью заполните эту форму и приложите к ней стерилизованный продукт. Отсутствие какой-либо информации замедлит обработку заявки. Все поля обязательны к заполнению, если не указано иное.
- 2 Приложите к анкете рентгенограммы до и после происшествия.

1. Информация о дистрибьюторе			
Наименование дистрибьютора			
Адрес дистрибьютора			
Страна дистрибьютора			
2. Информация о лечащем враче			
Имя лечащего врача			
Адрес лечащего врача			
Номер телефона лечащего врача			
3. Информация о продукции			
Номер детали			
Номер партии			
Описание			
4. Сведения о заявке			
Время происшествия:	<input type="checkbox"/> По прибытии	<input type="checkbox"/> В ходе медицинской процедуры	<input type="checkbox"/> После медицинской процедуры
Тип жалобы на продукцию:			
<input type="checkbox"/> Проблемы с остеоинтеграцией	<input type="checkbox"/> Неспособность достичь первичной стабильности	<input type="checkbox"/> Нарушение стерильности (без использования)	
<input type="checkbox"/> Поломка детали	<input type="checkbox"/> Выбран неправильный размер	<input type="checkbox"/> Упаковка (приложите упаковку и опишите проблему)	
<input type="checkbox"/> Маркировка (опишите)	<input type="checkbox"/> Деформация (опишите)		
<input type="checkbox"/> Наружное повреждение, например автокатастрофа (опишите)	<input type="checkbox"/> Дефект на поверхности продукта (опишите)		
<input type="checkbox"/> Другое (опишите)			





5. Информация об операции							
Дата имплантации	__/__/____						
Дата установки протеза	__/__/____						
Дата снятия протеза	__/__/____						
Дата поломки инструментов или абатментов	__/__/____						
6. Информация о пациенте							
Индикатор пациента (имя не указывается из соображений конфиденциальности)	<table border="1"> <tr> <td>Пол:</td> <td><input type="checkbox"/> Мужской</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Женский</td> </tr> </table>	Пол:	<input type="checkbox"/> Мужской		<input type="checkbox"/> Женский		
Пол:	<input type="checkbox"/> Мужской						
	<input type="checkbox"/> Женский						
Возраст	<table border="1"> <tr> <td>До 20 лет</td> <td>20–50 лет</td> <td>50–70 лет</td> <td>Более 70 лет</td> </tr> </table>	До 20 лет	20–50 лет	50–70 лет	Более 70 лет		
До 20 лет	20–50 лет	50–70 лет	Более 70 лет				
Профиль пациента	<input type="checkbox"/> Бруксизм <input type="checkbox"/> Курение <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Остеопороз <input type="checkbox"/> Стероидная терапия <input type="checkbox"/> Лучевая терапия на участке (сейчас или в прошлом) <input type="checkbox"/> Другое						
7. Травма пациента*							
Травма пациента*	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td>Если да, опишите:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, опишите:	_____			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, опишите:						

Дата происшествия (ДД.ММ.ГГГГ)	__/__/____						
Необратимый ущерб	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td>Если да, опишите:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, опишите:	_____			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, опишите:						

Боль и онемение	<table border="1"> <tr> <td>Был ли имплантат снят в связи с болевыми ощущениями?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td>Был ли имплантат снят по причине онемения?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td>Пропали ли боль и онемение после снятия имплантата?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> </table>	Был ли имплантат снят в связи с болевыми ощущениями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Был ли имплантат снят по причине онемения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пропали ли боль и онемение после снятия имплантата?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Был ли имплантат снят в связи с болевыми ощущениями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
	Был ли имплантат снят по причине онемения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Пропали ли боль и онемение после снятия имплантата?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
* Все незапланированные хирургические процедуры приравниваются к травмам, и о них следует немедленно сообщать местному представителю компании АВТ.							

Благодарим за содействие!

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ
ВНУТРЕННЕГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

