



## FORMULAIRE DE RECLAMATION / RETOUR PRODUIT

A retourner par voie postale à l'adresse : 38 rue des Mathurins – 75008 Paris avec les dispositifs médicaux faisant l'objet de la réclamation ou par mail à [julien.sebbah@brat-implants.com](mailto:julien.sebbah@brat-implants.com).

Veillez stériliser les produits et les emballer séparément

### Client / Praticien

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal / Ville : .....

Contact / Numéro de téléphone : .....

### Produit réclamé (Implant, Instrument, Prothétique, etc.)

Nom : ..... Article : ..... No. LOT : .....

### Type d'incident :

Date de l'incident : .....

Pas d'intégration osseuse

Pas de stabilité primaire

Problèmes intervention chirurgicale

Problèmes Prothétiques

Autres

Informations supplémentaires :

.....  
.....

Informations du patient

Date de naissance

Genre

.....  M  F

Hygiène buccale

Bonne

Moyenne

Insuffisante

Qualité de l'os

I

II

III

IV



Historique du patient  Bien fumeur  Diabétique  Bruxisme  Radiologie

Autres .....

Date de l'implantation ..... Implantation immédiate  oui  non

Date de l'explantation ..... Pression immédiate  oui  non

Date pose élément prothétique ..... Type de pilier .....

Phase de perte / Phase de l'explantation  Phase de cicatrisation  Réouverture  Tension pré prothétique  Tension post prothétique

Cicatrisation  Subgingivale  Transgingivale

Augmentation de la masse osseuse  Avant l'implantation  Durant l'implantation  Sans la pression de l'implant

Plan de préparation  Compression de l'os  Expansion d'os  Diffusion d'os  
 Ablation de la gencive  Forage

Situation Avant l'explantation  Infection  Mobilité  Ostéolyse  
 Charge occlusale  Réduction osseuse  Péri implantite

Type d'élément prothétique  Cimenté  Prothèse totale  Pont amovible  
 Pont vissé  Prothèse partielle  Prothèse amovible  
 Vissé  La pression de la dent et de l'implant  Dent unitaire

Commentaires : .....  
.....

Date : ..... Signature + Cachet : .....