

# Formulaire de commentaire client

Veillez inclure le plus de détails possible afin de faciliter le traitement de la réclamation et fournir des informations utiles dans le cadre de l'amélioration continue des produits. Toute information manquante entraînera un retard de traitement.

## A. Informations sur le client

Date : \_\_\_\_\_

Numéro de compte : \_\_\_\_\_

Nom du compte : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville, CP, pays : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Soumis par : \_\_\_\_\_

## B. Informations sur le produit : utilisez un formulaire par patient ou par événement.

Code produit	Numéro de lot

**Souhaitez vous recevoir le même produit en échange ?**  Oui  Non - si non, merci de bien vouloir préciser le diamètre et la longueur de l'implant que vous souhaitez recevoir : \_\_\_\_\_ Aucun crédit ne sera accordé.

## C. Informations sur l'événement

Date d'implantation (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_ Date de l'événement (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_

Date d'extraction (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_

### Description de l'événement (cocher les cases correspondantes) :

Absence de stabilité primaire  Perte ou défaut d'intégration  Emballage ou étiquetage  Fracture

Dysfonctionnement  Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

### Découverte :

Au moment de la réception  À la sortie de l'emballage  Pendant la procédure clinique

Pendant la procédure laboratoire  Autre: \_\_\_\_\_

**Veillez fournir une description détaillée du problème signalé (y compris de la procédure mise en œuvre, des produits associés et des réglages utilisés) :** \_\_\_\_\_

**Le patient a-t-il subi une quelconque blessure du fait de l'événement ?**

Oui  Non

**Dans l'affirmative, veuillez préciser :** \_\_\_\_\_

### Décrivez ce qui est arrivé au patient du fait de l'événement (cocher toutes les cases correspondantes) :

Sans impact  Réaction allergique  Aspiration  Hémorragie  Lésion nerveuse  Douleur

Perte osseuse  Déhiscence  Retard de guérison  Œdème  Hyperesthésie  Hyperplasie  Infection

Inflammation  Ingestion  Autre : \_\_\_\_\_

**Autres antécédents médicaux pertinents du patient (cocher toutes les cases correspondantes) :**

Fumeur/consommateur de tabac    Mauvaise hygiène buccale    Bruxisme    Ostéoporose    Serrage des dents  
 Diabète    Autre : \_\_\_\_\_

**D. Informations sur le patient**

**Sexe :**  Homme  Femme

**Âge :** \_\_\_\_\_

**Position :** \_\_\_\_\_

**Type de densité osseuse :**  I    II    III    IV    Inconnue

**Instructions:**

Lors du retour d'un produit, veuillez suivre les consignes suivantes :

- Un produit usagé DOIT être stérilisé dans des poches avec indicateur de stérilisation par changement de couleur ou autres indications avant l'expédition. Veuillez consulter Implant Direct IFU-001 pour connaître les exigences en matière de stérilisation.
- Renvoyer uniquement le produit objet de la plainte.

**En accord avec la réglementation en vigueur, merci de bien vouloir nous retourner ce formulaire avec la pièce défectueuse. Le produit doit être retourné à l'adresse suivante.**

**Nederland**

Implant Direct Benelux  
Jan Muschlaan 21a  
3584 GV Utrecht

Telefoon: +32 492 39 80 48  
E-mail: info@implantdirect.nu