

## Уважаемые коллеги, ознакомьтесь, пожалуйста, со следующей информацией

Производитель имплантационной системы ИМПРО предоставляет пожизненную гарантию на имплантаты. Это связано с высокой точностью производства, применением самого современного оборудования, использованием высококачественного сырья. Имплантаты прошли все необходимые исследования, в том числе исследование на прочность и надежность. Например, имплантаты диаметром 3.6 мм способны выдерживать нагрузку до 1000 Нсм, что подтверждается результатами краш-теста (подробную информацию Вы можете получить на сайте [www.impro-implant.ru](http://www.impro-implant.ru)). Производитель гарантирует точность и надежность всех компонентов системы, так как они соответствуют европейским стандартам качества.

В случае поломки имплантата производитель гарантирует его замену, если результаты тестов покажут, что поломка произошла по вине производителя (нарушение технологии обработки сырья, чрезмерное истончение стенок при обработке и т.п.).

В случае отторжения имплантата производитель гарантирует его замену, если результаты тестов покажут, что отторжение имплантата могло произойти по вине производителя (дефекты обработки поверхности имплантата и т.п.)

Остеоинтеграция имплантата зависит от большого количества факторов, поэтому неудача не может рассматриваться однозначно как вина производителя. Опыт применения имплантационной системы ИМПРО показывает крайне низкий показатель отторжения имплантатов, как в ранние, так и в отдаленные сроки после имплантации (в среднем от 0,1 до 0,5 %).

В любом случае производитель не несет ответственности за возможные последствия поломки или отторжения имплантата.

В случае поломки или отторжения имплантата, заполните, пожалуйста, извещение об отторжении имплантата и вышлите его на адрес представителя имплантационной системы ИМПРО в Вашем регионе или на адрес эксклюзивного представителя имплантационной системы ИМПРО в Москве (105062, г. Москва, ул. Покровка, д.43, стр.2, ГК ДенталГуру). Также необходимо выслать следующую информацию:

- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) до имплантации – обязательно\*
- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) сразу после имплантации – обязательно\*
- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) перед установкой формирователя десны – обязательно, если имплантат отторгся на стадии установки формирователя десны или после фиксации ортопедической конструкции
- Рентгеновский снимок (ОПТГ или прицельный снимки) после фиксации ортопедической конструкции (абатмента) – обязательно, если имплантат отторгся после фиксации ортопедической конструкции (с абатментом)

Мы также рекомендуем пройти курсы повышения квалификации в авторизованном учебном центре Дентал Гуру, что поможет избежать ошибок и позволит достичь высоких результатов приживаемости имплантатов.

Заявка будет рассмотрена только при полноценном заполнении всех пунктов и предоставлении всех требуемых снимков

**Информация о практикующем враче**

Ф.И.О. хирурга\*: \_\_\_\_\_

Клиника\* \_\_\_\_\_

Адрес\*: \_\_\_\_\_

Телефон\*: \_\_\_\_\_

E-mail\* : \_\_\_\_\_

Причина возврата\*: \_\_\_\_\_

**Информация о пациенте**

Номер карты: \_\_\_\_\_ Пол\*: \_\_\_\_\_ Возраст\*: \_\_\_\_\_

Медицинская история\*:  Бруксизм  Курение  Гипертония  Диабет  Остеопороз  боли ВНЧС Болезнь сердца  Операции под наркозом  Другое \_\_\_\_\_Гигиена полости рта\*:  Хорошая  Средняя  Плохая Тип кости\*:  D1  D2  D3  D4

Дата установки имплантата\*: \_\_\_\_\_ Дата удаления имплантата\*: \_\_\_\_\_

Хирургия\*:  в беззубый гребень  с полным ушиванием лоскута  с формирователем десны  сразу после удаления зуба  с немедленной нагрузкой  одновременно с синус-лифтингом  с направл. костн. регенер. после аугментации блоками  с расщеплением  другое \_\_\_\_\_ фиксировался иммедиа протез  использовали PRF  вестибулопластикаОртопедия\* ( одиночная коронка  мост  съемный протез  на балке)  Другое \_\_\_\_\_Использование материала для наращивания кости\*:  Да(название) \_\_\_\_\_  Нет

Локализация имплантата (№ зуба)*	№ модели (REF)*	№ лота (LOT)*

**Имплантат удален по причине и во время следующих процедур (отметьте несколько)\*:** Инфекция  Боль  Парестезия  Резорбция кости  Поломка имплантата  Не удалось стабилизировать Подвижность имплантата  Плохая гигиена рта  Вредные привычки  Во время установки формирователя снятие слепков  примерка конструкции  после фиксации конструкции  фиброинтеграция Другое (поясните): \_\_\_\_\_ Версия пациента: \_\_\_\_\_**Информация о враче-ортопеде (при отторжении имплантата на этапе протезирования\*)**

ФИО: \_\_\_\_\_ Клиника \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Перед отправкой имплантата, он должен быть промыт от крови, но НЕ очищен, упакован в крафт-пакет и подвергнут стерилизации в автоклаве. Каждый имплантат следует отправлять по отдельности вместе с заполненной формой в течение 15 дней со дня извещения об отторжении. **\*Поля обязательные для заполнения. При наличии незаполненных граф заявка не рассматривается!**

Контрольная дезинфекция проведена (ФИО) \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Форму отправлять по адресу регионального представителя или по адресу: 105062 Москва, ул. Покровка, д.43, стр.2, Кому: НИО ДенталГуру.

\*\*подпись означает согласие доктора на включение данных в проводимые НИО ДГ научные исследования

Подпись доктора\*\* \_\_\_\_\_