



IMPLANTS DIFFUSION  
INTERNATIONAL  
23/25, rue Emile Zola  
93108 MONTREUIL CEDEX  
Tél. : 01.48.70.70.48  
Fax : 01.48.70.44.58

# FICHE D'ENQUETE PERTE D'IMPLANTS

Date : .....

Nom du Chirurgien :	Nom du praticien prothésiste :
Adresse :	Adresse :
Ville, Pays, code postal :	Ville, Pays, code postal :
Téléphone :	Téléphone :

## Identification par numéro de l'emplacement, type, longueur et diamètre des implants

**NUMERO DE LOT : .....**

MAXILLAIRE				MANDIBULAIRE					
Site	#	Type d'implant	Diamètre/Longueur	Site	#	Type d'implant	Diamètre/Longueur		
 MAXILLAIRE				 MANDIBULAIRE					

### Causes possibles de perte d'implant

#### Fournir une Rétro Alvéolaire

#### Le jour de la pose + une Rétro Alvéolaire le jour de la dépose.

1. Poudre des gants ? .....
2. Instruments insuffisamment rincés avant stérilisation ? .....
3. Greffe péri-implantaire ? .....
4. Maladie parodontale ? .....
5. Tabagisme ? .....
6. Non-respect du couple de serrage de la vis de couverture ? .....
7. Os sans saignement ? .....
8. Contact avec une dent dévitalisée ? .....
9. Elévation de sinus ? .....
10. Implant non stabilisé ? .....
11. Alvéole contaminée et non rincée ? .....
12. Entraînement de fibromuqueuse ? .....
13. Mise en place post-extractionnelle ? .....
14. Mise en charge immédiate ? .....
15. Echauffement de l'os ? .....
16. Etat de surface traitement spray ? .....
17. Erreur d'asepsie ? .....
18. Instruments contaminés par la poudre des gants avant d'être stérilisés ? .....
19. Mise en place de la prothèse le : ..... en fonction années : ..... mois : ..... jours : .....
20. Non respect de la biomécanique ? .....
21. Comment la prothèse était-elle stabilisée ? .....
22. Occlusion non réglée ? .....

