

注意: 本页仅供 Zimmer 牙科产品投诉/性能报告专用。

本页用于将产品性能信息告知 Zimmer Dental 公司。请参见下面的联系信息和将填写好的表格寄往何处。写入尽可能多的详细资料能为调查过程提供很大帮助。必须填写的字段用 **粗斜体字** 表示。

A. 报告人信息

客户编号: _____ 联系人: _____
账户名称: _____ 置入植入物的医生: _____
地址: _____ 电话/传真号码: _____

B. 产品信息 (器械描述)

目录号: _____ 数量: _____ **产品批号/序列号:** _____
产品描述: _____ 是否将退回器械? 是 否
置换产品编号 (如果不同): _____ 紧急置换? 是 否
产品是否已经清洗和消毒? 是 否

C. 患者信息

患者姓名 (和/或标识符): _____ **患者性别:** 男性 女性
事件发生时的年龄: _____ **体重:** _____ lbs kgs 不详
事件发生时患者的情况 (一般、良好等): _____
牙齿数目: _____ **骨密度的类型 (勾选一项):** I II III IV

D. 事件时间表

置入日期: (dd/mmm/yyyy)	事件日期: (dd/mmm/yyyy)	取出日期: (dd/mmm/yyyy)
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

E. 事件描述

事件描述: 缺乏整体性 机械 (描述): _____
 丧失整体性 其他 (描述): _____

是否使用库存的不同产品完成了手术程序? 是 否 解释: _____

是否重建了植入物? 是 否 **如果选择是, 植入物是否立即或者早期承重?** 是 否

描述事件导致患者发生了什么情况 (勾选所有适用的选项): 不适 水肿 感染
 疼痛 酸痛 肿胀
 手术干预 伤口裂开 骨丢失

其他相关的患者病史: 吸烟者 磨牙 紧咬
 口腔卫生: _____ 移植部位? 使用 Puros 产品
 之前存在的基础疾病 (描述): _____

说明:

- 加利福尼亚州法律禁止将退回的产品装在甲醛中运输。
- 退回产品时必须提供退回授权号。请致电客户服务部 800.854.7019。
- 物料必须通过快递公司装在包装盒中退回。
- 填写这份表格不表示承认医务人员、经销商、生产、或者产品导致或者引起了这起事件。
- 将填写好的表格传真给客户服务部: 888.225.2483。

仅供办事处使用, 不能由报告人填写:

日期: _____ RMA #: _____ 姓名首字母: _____