

Solo per uso di Zimvie Da non compilare da parte del segnalatore	CMP#:
--	-------

RAPPORTO DI ESPERIENZA DEL PRODOTTO

L'inclusione del maggior numero possibile di dettagli aiuta notevolmente il processo di indagine, il miglioramento continuo ed è necessario **per soddisfare i requisiti normativi del produttore di dispositivi medici**. Le informazioni mancanti ritardano l'elaborazione. I campi obbligatori sono identificati da un asterisco (*).

Documentare se un numero di reclamo è stato precedentemente assegnato.	CMP #: _____
---	--------------

A. INFORMAZIONI SULL'EVENTO	Data posizionamento *: _____ (dd/mmm/yyyy)	Data evento *: _____ (dd/mmm/yyyy)	Data rimozione *: _____ (dd/mmm/yyyy)												
Scoperto *: <input type="checkbox"/> Durante la ricezione / disimballaggio <input type="checkbox"/> Durante la procedura clinica <input type="checkbox"/> Durante la procedura di laboratorio <input type="checkbox"/> Altro															
Descrizione dell'evento (indicare tutte le risposte applicabili)*															
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> Reazione allergica</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> Infezione</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> Lesione nervoso</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> Perimplantite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perdita ossea</td> <td><input type="checkbox"/> Mancanza di stabilità primaria</td> <td><input type="checkbox"/> Mancata integrazione (NI)</td> <td><input type="checkbox"/> Perforazione del seno</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frattura</td> <td><input type="checkbox"/> Perdita di integrazione (LI)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Altro, fornire descrizione:</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Reazione allergica	<input type="checkbox"/> Infezione	<input type="checkbox"/> Lesione nervoso	<input type="checkbox"/> Perimplantite	<input type="checkbox"/> Perdita ossea	<input type="checkbox"/> Mancanza di stabilità primaria	<input type="checkbox"/> Mancata integrazione (NI)	<input type="checkbox"/> Perforazione del seno	<input type="checkbox"/> Frattura	<input type="checkbox"/> Perdita di integrazione (LI)	<input type="checkbox"/> Altro, fornire descrizione:	
<input type="checkbox"/> Reazione allergica	<input type="checkbox"/> Infezione	<input type="checkbox"/> Lesione nervoso	<input type="checkbox"/> Perimplantite												
<input type="checkbox"/> Perdita ossea	<input type="checkbox"/> Mancanza di stabilità primaria	<input type="checkbox"/> Mancata integrazione (NI)	<input type="checkbox"/> Perforazione del seno												
<input type="checkbox"/> Frattura	<input type="checkbox"/> Perdita di integrazione (LI)	<input type="checkbox"/> Altro, fornire descrizione:													
Fornire una descrizione dettagliata del problema segnalato (inclusa la procedura in corso, i prodotti correlati e le impostazioni utilizzate) *:															
<hr/> <hr/> <hr/>															
Al momento dell'evento o del fallimento / rimozione dell'impianto, c'era ...? (seleziona tutte le risposte pertinenti) *:		<input type="checkbox"/> Nessun impatto sul paziente <input type="checkbox"/> Ascesso <input type="checkbox"/> Ingestione <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Infiammazione <input type="checkbox"/> Aspirazione <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Altro: _____													
È stato necessario un intervento chirurgico e/o medico per precludere la compromissione permanente? *		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, descrivere:													
C'è stato un ritardo durante la procedura? *		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, descrivere:													
Il paziente dovrà tornare per un ulteriore appuntamento dal dentista per completare la procedura? *		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, descrivere:													
La procedura è stata completata utilizzando un altro impianto o un altro dispositivo? *		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, descrivere:													
Altra anamnesi del paziente pertinente (selezionare tutte le risposte pertinenti) *:		<input type="checkbox"/> Bruxismo <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Fumatore / uso di tabacco <input type="checkbox"/> Serramento <input type="checkbox"/> Osteoporosi <input type="checkbox"/> Igiene orale inadeguata <input type="checkbox"/> Other: _____													
Numero del dente*	_____ <input type="checkbox"/> Universale <input type="checkbox"/> FDI <input type="checkbox"/> Palmer	Tipo di densità ossea *	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Non so												
Numero del dente*	_____ <input type="checkbox"/> Universale <input type="checkbox"/> FDI <input type="checkbox"/> Palmer														
Informazioni aggiuntive		<input type="checkbox"/> Sito innestato Se sì, descrivi il materiale Data posizionamento innesto: _____	<input type="checkbox"/> Autologo <input type="checkbox"/> Alloplastico <input type="checkbox"/> Omologo <input type="checkbox"/> Ibrido <input type="checkbox"/> Eterologo												

Nota: la raccolta di questi dati è finalizzata a soddisfare i requisiti regolatori negli Stati Uniti e in altri Paesi, a seconda dei casi. La compilazione di questo modulo non costituisce un'ammissione che il personale medico, il distributore, il produttore o il prodotto abbia causato o contribuito all'evento.
 Template D01.02.00.03 Rev 2, Eff. Date: **March 02,2022**

B. INFORMAZIONI SUL PRODOTTO: Utilizzare un modulo per ogni reclamo e/o paziente. Se più di un dispositivo è associato alla segnalazione di un singolo evento, è possibile includere più numeri di articolo di seguito. È possibile aggiungere ulteriori righe o includere ulteriori informazioni, se necessario.

NOTA: 1) Assicurarsi che il prodotto elencato di seguito sia stato correttamente decontaminato. 2) Per i prodotti non specifici per il paziente, restituire solo il prodotto contestato in questione 3) Per i prodotti ZFX si prega di indicare il numero d'ordine se possibile :

Numero articolo * (se disponibile, applicare l'etichetta del record del paziente)	Lotto / N. di serie*	Qta. *	Codice articolo sostitutivo richiesto	Il prodotto viene reso?*	Se no, ¿perché? * (Ad es. Trattenuto dall'ospedale, demolito, ecc.)
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Scartato <input type="checkbox"/> Usato <input type="checkbox"/> Rimane impiantato <input type="checkbox"/> Altro:
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Scartato <input type="checkbox"/> Usato <input type="checkbox"/> Rimane impiantato <input type="checkbox"/> Altro:
È consentita l'analisi distruttiva? *		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			

C. DATI DEL SEGNALATORE

Nome della persona che invia il rapporto*	
Data del rapporto*	
La persona che invia il rapporto è un	<input type="checkbox"/> Clinico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Distributore <input type="checkbox"/> Rappresentante commerciale
Nome Cliente	
N. Cliente*	
Indirizzo	
Città, provincia, CAP, Paese	
Nome del contatto*	
Tel.*	
E-mail*	

D. DATI DEL PAZIENTE

ID del paziente*	
Sesso*	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Età al momento dell' evento*	
Peso	

Istruzioni per presentare un reclamo e restituire il prodotto oggetto del reclamo:

1. (USA, Canada, APAC e reporter non europei) Completare il PDF modificabile Product Experience Report (PER), salvarlo e inviarlo tramite e-mail all'e-mail di contatto per la gestione dei reclami ZimVie appropriata (vedere pagina 3). Il contatto per la gestione del reclamo risponderà con il numero del reclamo (CMP #) e le istruzioni per la restituzione del prodotto.
2. **(Tutti gli altri reporter)** Completa il PDF modificabile Product Experience Report (PER), salvato e stampalo. Il modulo stampato verrà spedito insieme al prodotto sterile al sito di gestione dei reclami appropriato (vedere pagina 3).
3. Il prodotto contaminato deve essere sterilizzato e identificato come **STERILE**.
4. Restituire il prodotto etichettato con il numero CMP (se noto) in un contenitore di spedizione appropriato insieme a una copia del presente modulo PER compilato agli indirizzi forniti e/o indicati a pagina 3 del presente modulo..
5. Il prodotto rigenerativo usato e / o contaminato **non** deve essere restituito al sito di contatto per la gestione dei reclami di Zimvie.

Nota: la raccolta di questi dati è finalizzata a soddisfare i requisiti regolatori negli Stati Uniti e in altri Paesi, a seconda dei casi. La compilazione di questo modulo non costituisce un'ammissione che il personale medico, il distributore, il produttore o il prodotto abbia causato o contribuito all'evento.

Effective

Spedire il prodotto oggetto del reclamo a:

Internazionale (APAC & Non-Europeo):

<p><u>US</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Attn: Complaints Handling 4555 Riverside Drive Palm Beach Gardens, FL 33410 Phone: 1.800.262.2702 Email: DentalComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>Canada</u> Biomet 3i & Zimmer Dental ZimVie – Zimmer Biomet Dental Canada Inc. .2345 Argentia Road Suite #106 Mississauga, Ontario L5N 8K4 Phone: 416-995-6664 Email: DentalComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>International</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Attn: Complaints Handling 4555 Riverside Drive Palm Beach Gardens, FL 33410 Phone: 561.776.6918/ 1.800.262.2702 Email: DentalInternationalComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>China</u> Zimmer Dental Zimmer Dental (Shanghai) Medical Device Co Ltd Room 2001, Metro Plaza 555 Lou Shan Guan Road, Shanghai 200051 China Phone: 086 21 222 05180 Email: DentalInternationalComplaints@zimvie.com</p>
<p><u>Australia:</u> Phone: +61 2 9855 4444 Mexico: Phone: +52 55 2282 0120</p>	<p><u>Chile</u> Zimmer Dental Zimmer Dental Chile SPA Luis Thayer Ojeda 0130 Oficina 901/902 Providencia Santiago, Chile Email: DentalInternationalComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>India</u> Biomet 3i & Zimmer Dental ZB dental India Pvt. Ltd. Unit No. 904 & 905, A-Wing, Damji Shamji corporate Square, Off. Ghatkopar Andheri Link Road, Laxmi Nagar, Ghatkopar East, Mumbai, 400075, India. Phone: 18002669920 / + 91 022 6901 3700 Email: Info.India@zimvie.com</p>	

Europa

Prodotto standard

<p><u>Austria</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Zimvie Austria GmbH Wienerbergstrasse 11/12a 1100 Wien, Austria Phone: +43 (0) 8000 700 17 Fax: +43 (0) 8000 700 18 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>Belgium and Luxembourg</u> Biomet 3i Biomet 3i Belgium Building MC Square Schaliënhoeverdreef 20T 2800 Mechelen, Belgium Phone: +32 80050311 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>France and Luxembourg</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Zimmer Dental S.A.S. 19 rue d'Arcueil 94150 Rungis, France Phone: +33(0) 800 91 67 86 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>Germany</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Zimmer Dental GmbH Wilhelm-Wagenfeld-Straße 28 80807 München, Germany Phone: +49 (0) 800 184 0271 / +49 (0) 800 101 6420 Fax: +49 (0)800 313 11 11 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>
<p><u>Israel</u> Zimmer Dental Zimmer Dental Ltd 13 Haamal St.Afeq Industrial Park Building A, 3rd Floor, Rosh Haayin 4809280, Israel Email: ZBI-CS@zimmerbiomet.com</p>	<p><u>Italia</u> Zimmer Dental Zimmer Dental Italy S.R.L Viale Italia 205/D 31015 Conegliano (TV), Italia Tel: +39 0438 37681 Email: zimmerdental.italy@zimvie.com</p>	<p><u>Netherlands</u> Biomet 3i Biomet 3i Netherlands B.V Marten Meesweg 25-G 3068 AV Rotterdam, Netherlands Phone: +31 078 62 92 800 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>Spain and Portugal</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Biomet 3i Dental Ibérica, S.L.U WTC Almeda Park, Ed.4, Planta 2 C/Tirso de Molina, 40 08940 Cornellà de Llobregat (Barcelona) Spain Spain Phone: 900 800 303 Portugal Phone: 800 827 836 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>
<p><u>Switzerland</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Biomet 3i Schweiz GmbH Grüzefeldstrasse 41 CH-8404 Winterthur, Switzerland Phone: +41 (0)800 24 66 38 Fax: +41 (0)800 24 66 39 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>	<p><u>Biomet 3i (Biomax)</u> Biomax SPA Via Zamenhof, 615 Vicenza, Italia Tel: +39 0444 913 410 Email: info@biomax.it</p>	<p><u>UK and Ireland</u> Biomet 3i & Zimmer Dental Biomet 3i UK, Ltd Reading Business Centre, Suite 807, 8th Floor Fountain House 2 Queens Walk, Reading, Berks, RG1 7QF, United Kingdom UK Phone: +44 (0) 800 652 1233 Ireland Phone: +353 1800 552752 Email: EMEAComplaints@zimvie.com</p>	

Prodotto specifico per il paziente

Biomet 3i Dental Ibérica
 BellaTek Dept.
 Islas Baleares 50,
 Polígono Fuente del Jarro
 46988 (Valencia) Spagna
Tel: +34 961379536 / 38
Fax: +34 961379505
Email: es.3ipsp@biomet.com

Nota: la raccolta di questi dati è finalizzata a soddisfare i requisiti regolatori negli Stati Uniti e in altri Paesi, a seconda dei casi. La compilazione di questo modulo non costituisce un'ammissione che il personale medico, il distributore, il produttore o il prodotto abbia causato o contribuito all'evento.
 Template D01.02.00.03 Rev 2, Eff. Date: **March 02,2022**

Ref.