



Моля, връщайте продукта/продуктите стерилизирани и пакетирани по отделно!

Please Return item(s) sterilized and packed separately!

Dear Healthcare Provider,

Уважаеми лекари,
Благодарим, че закупихте продукти Alpha Bio Tec, които са произведени според най-високите стандарти за качество и отговарят на най-строгите международно утвърдени регулации.

Thank you for purchasing Alpha-Bio Tec. products, which are manufactured to the highest quality standards and comply with the strictest international requirements.

За да върнете продукт, предмет на рекламация, според утвърдената процедура, следвайте инструкциите по-долу
In order to return the product in an orderly procedure, please follow the instructions below:

Попълнете този формуляр изчерпателно и приложете СТЕРИЛИЗИРАН продукт. Липсваща информация ще забави обработката.

- 1 Complete this form comprehensively and attach the sterilized product to it. Any missing information will delay processing. All fields are mandatory, unless otherwise written.
- 2 Please add radiographs before and after the event.

Приложете радиографии преди и след събитието.

Всички полета са задължителни, освен онези, за които изрично е отбелязано, че не са.

1. Distributor Information	Информация за дистрибутора, от който са закупени продуктите Alpha Bio		
Distributor Name	Име на дистрибутора - Medina Bio OOD		
Distributor Address	Адрес на дистрибутора - Gabrovo, 22 Jurji Venelin Str.		
Distributor Country	Bulgaria		
2. Practitioner Information	Информация за лекаря		
Practitioner Name	Име и фамилия на лекаря		
Practitioner Address	Адрес на практиката		
Practitioner Phone Number	Телефонен номер за връзка		
3. Product Information	Информация за продукта, предмет на рекламация		
Part Number	Продуктов номер		
Lot Number	Партиден номер		
Description	Описание		
4. Case Details	Описание на случая		
Occurrence of event: КОГА?	<input type="checkbox"/> At Arrival	<input type="checkbox"/> During clinical procedure	<input type="checkbox"/> After clinical procedure
Product Complaint Type: Тип рекламация	<input type="checkbox"/> При доставка	<input type="checkbox"/> По време на клиничната манипулация	<input type="checkbox"/> След клиничната манипулация
<input type="checkbox"/> Failure to Osseo integrate Липса на остеоинтеграция	<input type="checkbox"/> Primary stability couldn't be achieved Липса на първична стабилност	<input type="checkbox"/> Loss of sterility (not used) Замърсяване (продуктът не е ползван)	
<input type="checkbox"/> Fractured part Фрактурирана част	<input type="checkbox"/> Wrong Size Chosen Избран неподходящ размер	<input type="checkbox"/> Packaging (please attach package & specify) Компрометирана опаковка (моля, приложете опаковката и описание на проблема)	
<input type="checkbox"/> Labeling (please specify) Етикетирание (пояснете)	<input type="checkbox"/> Deformation (please specify) Деформация (пояснете)		
<input type="checkbox"/> External trauma (e.g. car accident), please specify Външна травма (например ПТП), пояснете	<input type="checkbox"/> Surface defect (product), please specify Повърхностен дефект (пояснете)		
<input type="checkbox"/> Other, please specify: Друго (пояснете)			





5. Surgery Information		Информация за клиничната процедура	
Implantation Date	__/__/____	Дата на имплантиране	
Date of prosthetic attachment	__/__/____	Дата на поставяне на протетичното решение	
Date of implant removal	__/__/____	Дата на премахване на импланта	
Instruments/abutments failure date	__/__/____	Дата на проблем с инструмент или надстройка	
6. Patient Information		Информация за пациента	
Patient Indicator (not name, due to confidentiality)	Идентификатор на пациент (не се посочва име от съображения за конфиденциалност)	Sex: Пол	<input type="checkbox"/> Male Мъж <input type="checkbox"/> Female Жена
Age Възраст	<20 20-50 50-70 >70		
Patient Profile Профил на пациента	<input type="checkbox"/> Bruxer Бруксист <input type="checkbox"/> Smoker Пушач <input type="checkbox"/> Diabetic Диабетик <input type="checkbox"/> Osteoporosis С остеопороза <input type="checkbox"/> Steroid therapy На стероидна терапия <input type="checkbox"/> Current/previous radiation therapy in the area Настояща или предишна лъчетерапия в полето на работа <input type="checkbox"/> Other Други		
7. Patient Injury*			
Patient Injury*	<input type="checkbox"/> Yes Да <input type="checkbox"/> No Не	If yes, please explain: Ако "ДА", пояснете	
Date of event (dd/mm/yyyy)	__/__/____	Дата на събитието	
Permanent damage Трайно увреждане	<input type="checkbox"/> Yes Да <input type="checkbox"/> No Не	If yes, please explain: Ако "ДА", пояснете	
Pain and numbness Болка и изтръпване	Was the implant removed due to pain?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Was the implant removed due to numbness?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Did the pain/numbness disappear after the implant was removed?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
*All unplanned surgical procedures are injuries and require an immediate report to your local ABT representative.			

Thank you for your cooperation!

FOR INTERNAL
USAGE ONLY

