



FICHA DE SEGUIMIENTO IMPLANTE DENTAL YAKVIT-1

YAKVIT-1_FSP_(10-1-2018) v.05

Nombre del Doctor:

Nº de historia del paciente:

Fecha de la colocación del implante:

1.- DATOS DEL PACIENTE

| SEXO <i>(marcar con X lo que proceda)</i> | |
|--|--------------------------|
| Masculino | Femenino |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| EDAD <i>(marcar con X el intervalo de edad en años)</i> | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 - 20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91-100 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| NO FUMADOR / FUMADOR / EX FUMADOR | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No fumador | Fumador <i>(marcar con X de cajetillas de tabaco al día)</i> | | | | | Fumador <i>(marcar con X años siendo fumador)</i> | | | Ex Fumador Años sin fumar <i>(marcar con X años siendo fumador)</i> | | | |
| | Menos de media | No llega a 1 | Entre 1 y 2 | Más de 2 | Entre 1 y 5 | Entre 5 y 10 | Entre 10 y 20 | Más de 20 | Entre 0 y 1 | Entre 1 y 5 | Entre 5 y 10 | Entre 10 y 20 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| NO DIABÉTICO / DIABÉTICO | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>(marcar con X lo que proceda)</i> | | |
| No diabético | Diabético Tipo I | Diabético Tipo II |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ¿PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL CRÓNICA DEL ADULTO? | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>(marcar con X lo que proceda)</i> | | | |
| No | SI Leve | SI Moderada | SI Grave |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ¿EL PACIENTE HA TENIDO TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS ORALES? <i>(marcar con X lo que proceda)</i> | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Nunca | Si en la actualidad | Si hace menos de 1 año | Si hace más de 1 año y menos de 2 | Si hace más de 2 años |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ¿EL PACIENTE HA TENIDO TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESOR POR CÁNCER U OTRA CAUSA? <i>(marcar con X lo que proceda)</i> | | | | |
|---|--------------------------|---|---|--|
| Nunca | Si, en la actualidad | Si No lo toma desde hace menos de medio año | Si ya no lo toma desde hace entre medio año y 1 año | Si y ya no lo toma desde hace más de 1 año |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | SI / No |
|--|--------------------------|
| ¿Embarazo? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Higiene oral adecuada? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bruxismo? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hueso previamente irradiado? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Enfermedades patológicas tratables del maxilar superior o inferior? (Se refiere a enfermedades como caries o enfermedad periodontal en algún grado) | <input type="checkbox"/> |

| | SI / NO |
|--|--------------------------|
| ¿Restos radiculares locales? (en la zona del implante) | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tratamiento anticoagulante/diátesis hemorrágicas? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alteraciones tratables de la mucosa oral? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Restos de tejidos de granulación de infecciones anteriores o infecciones en el hueso adyacente? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hábitos parafuncionales? | <input type="checkbox"/> |

2.- PIEZAS DENTALES A SUSTITUIR_IMPLANTES A COLOCAR_ESTADO DEL HUESO

| UBICACIÓN DE LOS IMPLANTES <i>(Indicar Nº de la pieza dental a sustituir)</i> | REFERENCIA DEL IMPLANTE YAKVIT-1 <i>(Marcar con una X lo que proceda)</i> | | | | | | | | | ESTADO DEL HUESO DONDE SE COLOCA EL IMPLANTE <i>(Marcar con una X lo que proceda)</i> | | | | |
|---|--|------|------|------|------|------|------|------|------|--|-------------------------|-----------------|----------------------------|------------------------------------|
| | 3508 | 3508 | 3510 | 3512 | 3514 | 4508 | 4510 | 4512 | 4514 | Sano y cicatrizado | Con infecciones previas | Desestructurado | Regenerado con tratamiento | Con fallos anteriores de implantes |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

3.- DATOS DEL ACTO QUIRÚRGICO

| UBICACIÓN DE LOS IMPLANTES | TIPO DE HUESO 1: Compacto y homogéneo 2: Cortical compacta-ancha, Hueso esponjoso denso 3: Cortical delgada. Hueso esponjoso denso 4: Cortical final. Hueso esponjoso poco denso | | | | TRATAMIENTO: CON: Colgajo SIN: Sin colgajo | | ¿ES UN IMPLANTE POST EXODONCIA? Se refiere a si el implante se coloca inmediatamente después de extraer la raíz | | NÚMERO DE FRESAS UTILIZADAS sin contar la primera fresa redonda | NÚMERO MÁXIMO DE REVOLUCIONES QUE SE USARON PARA COLOCAR EL IMPLANTE 1. Si se usaron fresas no se tienen en cuentas las rpm. de las fresas. 2. Si el implante se introdujo directamente con un determinado torque, no se rellena este apartado | | | TORQUE conseguido con la inserción mecánica (no rellenar en caso de que sólo se use el parámetro rpm) | | | | | | | | | | | TIEMPO DE INJURIA: Tiempo de acción sobre el hueso, desde la primera fresa. TOTAL: Tiempo del acto quirúrgico en total | | |
|--|--|---|---|-----|--|----|--|---------|--|--|-----|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | (Escribir el torque en Nw x cm) | | | | | | | | | | | (Escribir el tiempo en Minutos) | | |
| <i>(Indicar Nº de la pieza dental a sustituir)</i> | <i>(Marcar con X lo que proceda)</i> | | | | <i>(Marcar con X lo que proceda)</i> | | <i>(Marcar con X lo que proceda)</i> | | <i>(Escribir el número de fresas)</i> | | | <i>(Escribir el torque en Nw x cm)</i> | | | | | | | | | | | <i>(Escribir el tiempo en Minutos)</i> | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | CON | SIN | SI | NO | 150 rpm | 200 rpm | >200 rpm | ≤10 | ≤15 | ≤20 | ≤25 | ≤30 | ≤35 | ≤40 | ≤50 | ≤60 | ≤70 | ≤80 | >80 | DE INJURIA | TOTAL | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.- GRADO DE SATISFACCIÓN

| GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE durante la cirugía de implante (10 es la máxima satisfacción para el paciente) | | | | | | | | | | | GRADO DE SATISFACCIÓN DEL DENTISTA durante la cirugía de implante (10 es la máxima satisfacción para el dentista) | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <i>(Marcar con una X lo que proceda)</i> | | | | | | | | | | | <i>(Marcar con una X lo que proceda)</i> | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5.- DESPUÉS DE LA COLOCACIÓN DEL IMPLANTE Y ANTES DE LA CARGA PROTÉSICA

| <i>Marcar con X lo que corresponda</i> | | UNA SEMANA | | UN MES | | 2 MESES | | 6 MESES | | UN AÑO | | UN AÑO Y MEDIO | |
|--|--|------------|--|--------|--|---------|--|---------|--|--------|--|----------------|--|
| Tiempo transcurrido desde la colocación del implante o, desde el apriete posterior a la colocación >>> | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA de la COLOCACIÓN del implante (xx-xx-20xx)>>> | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA APRIETE implante en una de las revisiones (xx-xx-20xx): >>> | | | | | | | | | | | | | |
| Número de la pieza dental>>> | | | | | | | | | | | | | |
| Ha sido necesario apretar el implante | | | | | | | | | | | | | |
| Se ha producido FALLO del IMPLANTE por falta de osteointegración | | | | | | | | | | | | | |
| Se ha producido FALLO del IMPLANTE por perimplantitis | | | | | | | | | | | | | |
| Al valorar la ESTABILIDAD DEL IMPLANTE se detecta sonido a la percusión timpánico | | | | | | | | | | | | | |
| Al valorar la ESTABILIDAD DEL IMPLANTE se detecta movilidad | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DE LOS TEJIDOS BLANDOS: Hay presencia de signos inflamatorios o infecciosos | | | | | | | | | | | | | |
| Si en los SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE PERIMPLANTITIS se detecta pérdida ósea (indicar medición en mm) | | | | | | | | | | | | | |
| En los SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE LA POSICIÓN DEL IMPLANTE se detecta que la posición es correcta | | | | | | | | | | | | | |

6.-DESPUÉS DE LA CARGA PROTÉSICA

Marcar con X lo que corresponda

| Tiempo transcurrido desde la carga protésica>>> | | UNA SEMANA | 1 MES | 2 MESES | 6 MESES | 1 AÑO | 1,5 AÑOS | 2 AÑOS | 3 AÑOS | 4 AÑOS |
|--|-----------------------------------|------------|-------|---------|---------|-------|----------|--------|--------|--------|
| FECHA de la COLOCACIÓN del implante (xx-xx-20xx)>>> | | | | | | | | | | |
| FECHA DE LA CARGA (xx-xx-20xx): >>> | | | | | | | | | | |
| Número de la pieza dental>>> | | | | | | | | | | |
| Ha sido necesario apretar el implante | | | | | | | | | | |
| Se ha producido FALLO del IMPLANTE por falta de osteointegración | | | | | | | | | | |
| Se ha producido FALLO del IMPLANTE por perimplantitis | | | | | | | | | | |
| Se ha producido FALLO del IMPLANTE por fractura | | | | | | | | | | |
| Al valorar la ESTABILIDAD DEL IMPLANTE se detecta sonido a la percusión timpánico | | | | | | | | | | |
| Al valorar la ESTABILIDAD DEL IMPLANTE se detecta movilidad | | | | | | | | | | |
| ESTADO DE LOS TEJIDOS BLANDOS: Hay presencia de signos inflamatorios o infecciosos | | | | | | | | | | |
| Si en los SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE PERIMPLANTITIS se detecta pérdida ósea (indicar la medición en mm) | | | | | | | | | | |
| En los SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE LA POSICIÓN DEL IMPLANTE se detecta que la posición es correcta | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL SONDAJE (Para conocer si hay más de 3 mm de sondaje alrededor del implante se realizan 6 mediciones) (indicar la medición en mm) | Medición 1 por vestibular | | | | | | | | | |
| | Medición 2 por vestibular | | | | | | | | | |
| | Medición 3 por vestibular | | | | | | | | | |
| | Medición 1 por lingual o palatino | | | | | | | | | |
| | Medición 2 por lingual o palatino | | | | | | | | | |
| | Medición 3 por lingual o palatino | | | | | | | | | |

7.- MEMORIA ADICIONAL

Apuntar cualquier cosa que se considere relevante. Los datos incluidos en este apartado son especialmente importantes para evaluar las causas de fracasos, por circunstancias no contempladas en los formularios anteriores.