

<b>MITTENTE</b>		<b>DESTINATARIO</b>	
MEDICO partita Iva / C.F.		LABORATORIO LABOR partita Iva / C.F. 09113610019 / BRCNZE66C15L219K	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registrazione Ministero Sanità	
provincia in cui si è iscritti		ITCA01017123	
STUDIO ragione sociale VIA CITTA' telefono		ragione sociale VIA CITTA' telefono	LABOR di Borca Enzo Bionaz 10 10142 TORINO 011.7072618

<b>PRESCRIZIONE NUMERO</b>	<b>DATA</b>
----------------------------	-------------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

<b>COGNOME E NOME</b>		<b>CODICE FISCALE</b>
SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	<input type="checkbox"/> BRUXISTA
MALATTIE INFETTIVE		
ALLERGIE ACCERTATE		
DISFUNZIONI ARTICOLARI		
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI		
HANDICAP PSICOMOTORI		

**LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA**

---



---



---



---

18 17 16 15 14 13 12 11    21 22 23 24 25 26 27 28	<b>FORMA DEL VISO</b>
----- 48 47 46 45 44 43 42 41    31 32 33 34 35 36 37 38	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	▼ ● ■

<b>COLORE</b>	<b>CAMPIONARIO</b>
<b>TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE</b>	<input type="checkbox"/> ORO <input type="checkbox"/> PALLADIATA <input type="checkbox"/> Cr.Co <input type="checkbox"/> altro

**MATERIALI ALLEGATI**

<input type="checkbox"/> FOTO	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVE	<input type="checkbox"/> CERATURA DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF	<input type="checkbox"/> MODELLI GIA' SVILUPPATI
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	RILEVATE IN		DISINFETTATE CON	

**REGISTRAZIONI OCCLUSALI**

<input type="checkbox"/> CERE	<input type="checkbox"/> SILICONI	<input type="checkbox"/> RESINE	<input type="checkbox"/> GESSO
<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE		<input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA	

<b>1° PROVA PER</b>		<b>FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE</b>
<b>2° PROVA PER</b>		
<b>3° PROVA PER</b>		
<b>CONSEGNA PER</b>		

<b>MITTENTE</b>		<b>DESTINATARIO</b>	
MEDICO partita Iva / C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F.	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registrazione Ministero Sanità	
provincia in cui si è iscritti			
STUDIO ragione sociale VIA CITTA' telefono		ragione sociale VIA CITTA' telefono	

<b>PRESCRIZIONE NUMERO</b>	<b>DATA</b>
----------------------------	-------------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

<b>COGNOME E NOME</b>		<b>CODICE FISCALE</b>
SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	<input type="checkbox"/> BRUXISTA
MALATTIE INFETTIVE		
ALLERGIE ACCERTATE		
DISFUNZIONI ARTICOLARI		
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI		
HANDICAP PSICOMOTORI		

**LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME DI**

**CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI**

MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
altro			

**ORTODONZIA MOBILE**

<b>PIANO</b>	<input type="checkbox"/> MASTICANTE	<input type="checkbox"/> LISCIO	<input type="checkbox"/> altro
<b>COSTRUZIONE</b>	<input type="checkbox"/> COME CERA	<input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> altro

**ORTODONZIA FISSA**

<input type="checkbox"/> BANDE DA NOI FORNITE	su
<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE	su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE TIPO	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI TIPO	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI TIPO	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su
<input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS TIPO	<input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su

**ORTODONZIA POSIZIONATORE**

<b>MATERIALI</b>	<input type="checkbox"/> CAUCCIU'	<input type="checkbox"/> VINILICO	<input type="checkbox"/> SILICONE	<input type="checkbox"/> altro
<b>AUSILIARI</b>	<input type="checkbox"/> GANCI	<input type="checkbox"/> GUIDE	<input type="checkbox"/> altro	

**MATERIALI ALLEGATI**

<input type="checkbox"/> MODELLI	<input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF	<input type="checkbox"/> RIF. CEFALOM.	<input type="checkbox"/> CERA	<input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> BANDE	<input type="checkbox"/> ATTACCHI	<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> CERA COSTRUZIONE	
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	<input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF	DISINFETTATE CON		

<b>CONSEGNA PER</b>	<b>FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE</b>

**DICHIARAZIONE DEL FABBRICANTE  
(dichiarazione di conformità)**

**IL FABBRICANTE**

LABORATORIO	LABOR Di Borca Enzo
Indirizzo	Via Bionaz 10
cap e città	10142 TORINO
telefono	011.7072618

N. ISCRIZIONE REGISTRO MINISTERO SANITA'  
ITCA01017123

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA ESCLUSIVA RESPONSABILITA'  
CHE IL DISPOSITIVO MEDICO I CUI DATI DI IDENTIFICAZIONE SONO**

--

**E' STATO FABBRICATO PER IL SIGNOR**

**ED E' PERTANTO DESTINATO ESCLUSIVAMENTE A QUEST'ULTIMO.**

**SI DICHIARA INOLTRE CHE IL DISPOSITIVO FORNITO CORRISPONDE ALLE  
SPECIFICHE ESPRESSE NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO/ODONTOIATRA**

STUDIO RICHIEDENTE  
indirizzo  
cap e città  
telefono

**IL DISPOSITIVO SU MISURA OGGETTO DI QUESTA DICHIARAZIONE E'  
CONFORME AI REQUISITI ESSENZIALI ENUNCIATI ALL'ALLEGATO I E AI  
DISPOSTI DELL'ALLEGATO VIII DELLA DIRETTIVA 93/42/CEE.**

(Specificare eventuali rischi non eliminabili e le relative motivazioni)

LUOGO E DATA

FIRMA DEL FABBRICANTE  
(titolare o legale rappresentante)

Enzo Borca

# ETICHETTA

LA CONFEZIONE CONTIENE UN  
**DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA**  
**AD USO ODONTOIATRICO**

dati identificativi del dispositivo contenuto

**(ES. PROTESI ...)**

## FABBRICATO DA

LABORATORIO	LABOR di Borca Enzo
Indirizzo	Via Bionaz 10
cap e città	10142 TORINO
telefono	011.7072618

N. ISCRIZIONE REGISTRO MINISTERO SANITA'  
ITCA01017123

**CODICE LAVORO**

**DATA DI CONSEGNA**

**TERMINI PER L'UTILIZZAZIONE : 30 GIORNI**  
(dalla data di consegna)

### CONDIZIONI SPECIFICHE DI CONSERVAZIONE E/O MANIPOLAZIONE

- ✓ CONSERVARE IN LUOGO ASCIUTTO
- ✓ CONSERVARE AL RIPARO DA FONTI DI CALORE
- ✓ MANEGGIARE CON CURA
- ✓ NON STERILIZZARE A CALDO



FOGLIO ILLUSTRATIVO ALLEGATO

## **Istruzioni**

**1 copia rimane al laboratorio**

**2 copie vanno al dentista (delle due 1 deve essere data dal dentista al paziente)**

### **INFORMAZIONI GENERALI**

La ricostruzione protesica fornita risponde allo schema progettuale richiesto dal suo medico dentista, la stessa è costruita utilizzando materie prime che offrono garanzie di sicurezza ed affidabilità.

Per proteggere ed accrescere la qualità delle sue funzioni masticatorie, Le raccomandiamo di seguire queste semplici norme.

### **Istruzioni per l'uso**

- Eseguire scrupolosamente i controlli periodici così come previsto dal Suo medico dentista;
- eseguire con regolarità le operazioni di manutenzione previste;
- eseguire correttamente le eventuali operazioni di applicazione e rimozione del dispositivo;
- in caso di problemi, domande e dubbi, rivolgersi al proprio medico dentista.

### **Avvertenze**

- Qualora si riscontri un'usura eccessiva dei materiali, rivolgersi al proprio medico dentista;
- è necessario mantenere un buon livello di igiene orale per garantire un uso sicuro della protesi pertanto:
  1. almeno una volta al giorno , preferibilmente alla sera , detergere la protesi con acqua e con l'ausilio di uno spazzolino
  2. successivamente immergerla completamente in acqua tiepida (almeno 10 minuti) con l'aggiunta di una pastiglia igienizzante venduta in farmacia (per esempio KuKident Compresse)

### **Effetti collaterali non desiderati**

- Se il dispositivo medico e' realizzato in resina potrebbero verificarsi decolorazioni: ciò non altera le sue prestazioni.

Casi per cui è opportuno rivolgersi al dentista

- quando con apparecchiature removibili si manifestarsi decubiti;
- quando con apparecchiature fisse dovessero manifestarsi sintomi di allergia;
- quando con protesi in resina dovessero manifestarsi sintomi di allergia.

### **Precauzioni**

- non usare alcool
- non usare detersivi per uso domestico (stoviglie o biancheria)
- non usare candeggina
- non detergere mai con acqua bollente;
- in caso di esame TAC – RM - RX avvisare i responsabili del servizio
- in caso di anestesia totale avvisare il responsabile della presenza di protesi

### **Responsabilità**

La responsabilità del fabbricante e' relativa solo alla scelta di natura progettuale tecnica, alla scelta dei materiali, alle scelte relative ai metodi e modi di costruzione e all'imballaggio.

