

| ACTA DE PLANIFICACIÓN | |
|-----------------------|-----------|
| CÓDIGO: PLANTILLA | VERSIÓN 1 |

DE REEMPLAZO DE ATM.
ACTA PARA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

| | | | |
|-----------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| CÓDIGO TDS: | TDS-1234 | FECHA DE LA REUNIÓN: | Seleccione fecha |
| NOMBRE PACIENTE: | OLIVER SMITH | REUNIÓN NÚMERO: | |
| PAÍS: | ESTADOS UNIDOS | LUGAR DE REUNIÓN: | |
| CIUDAD: | LOS ANGELES | HORA DE INICIO: | |
| HOSPITAL: | HOSPITAL | HORA DE FINALIZACIÓN: | |
| CIRUJANO: | Dr. TERRY DUBROW | ACTA REALIZADA POR: | |
| NOMBRE DEL VISITADOR: | | FECHA ESPERADA DE LA CIRUGÍA: | Seleccione fecha |

PARTE 1: ACTA DE PLANIFICACIÓN

1. ESPECIFICACIONES GENERALES.

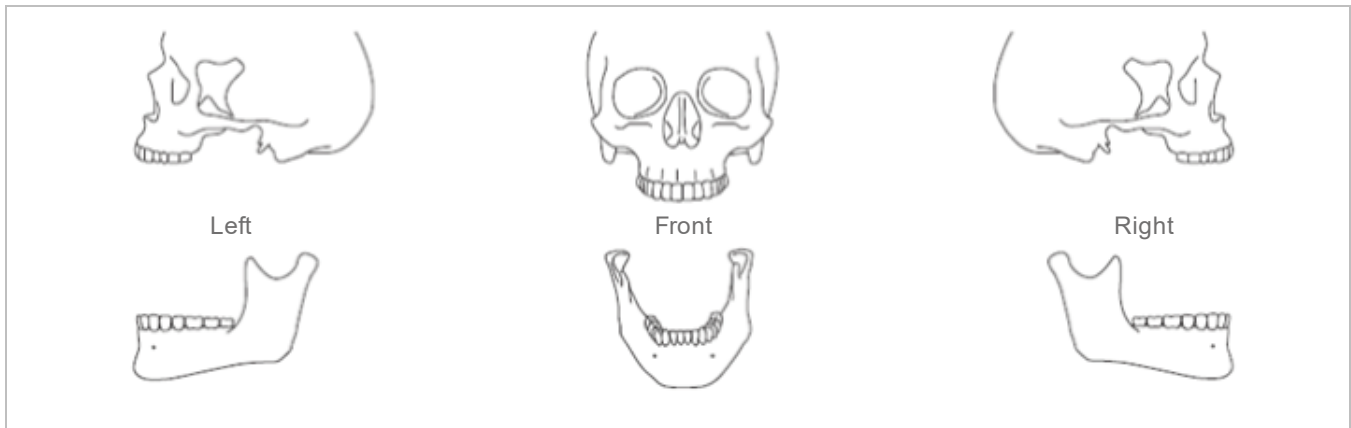
| | | | | | |
|----------------------------------|-----------|--------------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|
| LATERALIDAD DEL DEFECTO CONDILAR | Derecha | <input type="checkbox"/> | ABORDAJE QUIRÚRGICO | Endaural | <input type="checkbox"/> |
| | Izquierda | <input type="checkbox"/> | | Retromandibular | <input type="checkbox"/> |
| | Bilateral | <input type="checkbox"/> | | Aún no definido | <input type="checkbox"/> |
| | Otro | <input type="text"/> | | | |

| | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| TC NECESARIO: | Boca abierta | <input type="checkbox"/> | Boca cerrada | <input type="checkbox"/> |
| REFERENCIAS MÉDICAS DENTALES | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| REQUIERE INJERTO (En caso afirmativo, complete los requisitos del injerto) | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hay anquilosis? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿El nervio es funcional? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se requiere un cambio en la alineación de la mordida y la mandíbula? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se requieren guías quirúrgicas? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se requiere validación del modelo anatómico plástico? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="text"/> | | | |
| ¿LAS PIEZAS METÁLICAS EXISTENTES SERÁN ELIMINADAS? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, especifique cuál: | | | | |

ACTA DE PLANIFICACIÓN**CÓDIGO: PLANTILLA**

VERSIÓN 1

Marque la resección, dibuje la reconstrucción sugerida y defina los puntos de fijación.

**2. REQUERIMIENTOS DE DISEÑO.** (Marcar con una X)

| | | |
|--------------------------|--|--|
| MODELOS PLÁSTICOS | Preoperatorio (Maxilar + Mandíbula) <input type="checkbox"/> | |
| | Unido <input type="checkbox"/> | Separado <input type="checkbox"/> |
| | Reconstrucción final sugerida <input type="checkbox"/> | Peroné completo <input type="checkbox"/> |

SELECCIONE LA HERRAMIENTA ELEGIDA PARA REALIZAR LOS CORTES

| | | | | | | | | |
|-----|--------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|
| NSK | Reciprocante | | <input type="checkbox"/> | Piezoeléctric US-II LED | 0,5mm | | <input type="checkbox"/> | |
| | Oscilante | | <input type="checkbox"/> | | 0,6mm | | <input type="checkbox"/> | |
| | Sagital | | <input type="checkbox"/> | | 0,8mm | | <input type="checkbox"/> | |
| | 0,30mm | <input type="checkbox"/> | 0,35mm | | <input type="checkbox"/> | Especificación adicional: | | |
| | | | | | | | | |

Otro (por favor, adjunte el manual)

SELECCIONE LA ESPECIFICACIONES DEL SISTEMA DE FIJACIÓN

| | | | | | | | | |
|---------------------|------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|--------|--------------------------|
| SISTEMA DE FIJACIÓN | CMX | <input type="checkbox"/> | 1,5mm | <input type="checkbox"/> | 2,0mm | <input type="checkbox"/> | Otro Ø | <input type="checkbox"/> |
| | MANDIBULAR | <input type="checkbox"/> | 2,0mm | <input type="checkbox"/> | 2,5mm | <input type="checkbox"/> | Otro Ø | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| TIPO DE TORNILLO | Monocortical | <input type="checkbox"/> | Biocortical | <input type="checkbox"/> |
| | Otro | <input type="text"/> | | |

| ACTA DE PLANIFICACIÓN | |
|-----------------------|-----------|
| CÓDIGO: PLANTILLA | VERSIÓN 1 |

| | | | | |
|--|---------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| ANGULACIÓN DEL TORNILLO | Craneal | <input type="checkbox"/> | Caudal | <input type="checkbox"/> |
| | Perpendicular | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="text"/> |
| Escriba el número mínimo de fijaciones por región <input type="text"/> | | | | |

| SELECCIONE LA ESPECIFICACIONES DEL IMPLANTE | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| MATERIAL DEL IMPLANTE | PEEK | <input type="checkbox"/> | TITANIO | <input type="checkbox"/> |
| | IMPRESIÓN 3D | <input type="checkbox"/> | PMMA | <input type="checkbox"/> |
| GROSOR DEL IMPLANTE | Basado en el reflejo | | <input type="checkbox"/> | |
| | Mínimo por material | | <input type="checkbox"/> | |
| | Proyección específica (mm) | | <input type="checkbox"/> | |
| Si es necesario, agregue notas: | | | | |

| SELECCIONE LAS ESPECIFICACIONES DE LAS GUÍAS QUIRÚRGICAS | | | | |
|---|------------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Escriba el número de guías por región. Si no necesita una región, déjela en blanco. | Mandibular | <input type="checkbox"/> | Injerto | <input type="checkbox"/> |
| | Maxilar superior | <input type="checkbox"/> | Otro: | <input type="text"/> |

| | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| GUIA QUIRÚRGICA | Marque el tipo de guía quirúrgica | Corte | <input type="checkbox"/> | Perforación | <input type="checkbox"/> | |
| | | Posición | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Tipo de ranura para la guía de corte | Con ranura | <input type="checkbox"/> | Con pared | <input type="checkbox"/> | |
| | | Con tope | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Marque el tipo de férula | Férula final | <input type="checkbox"/> | Férula intermedia | <input type="checkbox"/> | |
| | | Férula palatina | <input type="checkbox"/> | | | |
| DETALLES DE LA FERULA | Poco profundo 1mm | <input type="checkbox"/> | Hasta los brackets | | | <input type="checkbox"/> |
| | Aún no definido | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="text"/> | | |

3. REQUERIMIENTOS DEL INJERTO (Complete esta sección solo si es necesario)

| ACTA DE PLANIFICACIÓN | |
|-----------------------|-----------|
| CÓDIGO: PLANTILLA | VERSIÓN 1 |

| | | | | | |
|----------------------|--|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| DETALLES QUIRURGICOS | Los vasos del injerto se conectarán a: | Cuello derecho | <input type="checkbox"/> | Cuello izquierdo | <input type="checkbox"/> |
| | Origen del tejido a resecar: | Benigno | <input type="checkbox"/> | Maligno | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|-------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| INJERTO DE PERONÉ | Lateralidad del peroné: | Derecha | <input type="checkbox"/> | Izquierda | <input type="checkbox"/> |
| | El injerto será desarticulado: | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | Número sugerido de segmentos (mm): | <input type="text"/> | | | |

| | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|
| COLGAJO LIBRE DE LA ESCÁPULA | Lateralidad de la escápula: | <input type="checkbox"/> | Número de segmentos (mm): | <input type="text"/> |
| | Otra especificación: | <input type="text"/> | | |

| | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|
| CRESTA ILÍACA | lateralidad de la cadera | <input type="checkbox"/> | Número de segmentos (mm): | <input type="text"/> |
| | Otra especificación | <input type="text"/> | | |

| | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|---|---|----------------------|
| OTRAS ESPECIFICACIONES | Altura del primer corte en cm: | <input type="text"/> | Altura del borde distal de la guía de corte (cm): | <input type="text"/> |
| | ¿El peroné está ubicado basalmente? | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| | | Si no, qué tan lejos del borde basal (mm): <input type="text"/> | | |

PARA FOTOS

| ACTA DE PLANIFICACIÓN | |
|-----------------------|-----------|
| CÓDIGO: PLANTILLA | VERSIÓN 1 |

Yo _____ Declaro que con motivo de la relación con la compañía, cualquier obra, desarrollo, proceso, procedimiento, invención susceptible de protección a través de cualquiera de las figuras de la Propiedad Industrial y/o Derechos de Autor, derivada del presente documento, colaboración o procedimiento ejecutado por la compañía, la titularidad de los mismos será única y exclusivamente de la compañía, salvo las publicaciones que de ella se deriven cuya titularidad corresponderá conjuntamente a ambos.

Firma: _____.

| ACTA DE PLANIFICACIÓN | |
|-----------------------|-----------|
| CÓDIGO: PLANTILLA | VERSIÓN 1 |

PARTE 2 – VALIDACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

¿El diseño de la planificación es adecuado? ¿Las soluciones Techfit propuestas satisfacen sus necesidades?

Sí

☐

No

☐

(En caso afirmativo, pase a la parte 3. En caso negativo, complete la siguiente información)

¿Se requiere nuevamente la validación del modelo anatómico plástico?

Sí

☐

No

☐

1. Mencione los respectivos cambios que se requieren:

2. Añadir imágenes:

PARA FOTOS

| ACTA DE PLANIFICACIÓN | |
|-----------------------|-----------|
| CÓDIGO: PLANTILLA | VERSIÓN 1 |

PARTE 3 – APROBACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

| | | | |
|-----------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| CÓDIGO TDS: | TDS-1234 | FECHA DE LA REUNIÓN: | Seleccione fecha |
| NOMBRE PACIENTE: | OLIVER SMITH | REUNIÓN NÚMERO: | |
| PAÍS: | ESTADOS UNIDOS | LUGAR DE REUNIÓN: | |
| CIUDAD: | LOS ANGELES | HORA DE INICIO: | |
| HOSPITAL: | HOSPITAL | HORA DE FINALIZACIÓN: | |
| CIRUJANO: | Dr. TERRY DUBROW | ACTA REALIZADA POR: | |
| NOMBRE DEL VISITADOR: | | FECHA ESPERADA DE LA CIRUGÍA: | Seleccione fecha |

Fecha de validación final: _____ **Nota:** Esta sección del acta se firma el día de la validación final.

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1- ¿Es adecuada la planificación de la reconstrucción o la planificación de la cirugía? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Por qué? | | |
| 2- ¿Están los reemplazos de ATM de acuerdo con la planificación? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Por qué? | | |
| 3- ¿La precisión del reemplazo de ATM es adecuada? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Por qué? | | |
| 4- ¿Son adecuados los accesorios de reemplazo de ATM? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Por qué? | | |
| 5- ¿Es adecuado el documento de presentación del caso? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Por qué? | | |

Nota: Si todas las respuestas han sido afirmativas, se entiende que el diseño ha sido aprobado. En caso contrario, se deberá diligenciar un nuevo formulario de reunión con los cambios respectivos.

Información sobre riesgos y acciones de mitigación según planificación:

Observaciones:

Yo declaro que he leído el acta y la presentación, He validado los modelos plásticos y estoy de acuerdo con el diseño y planeación actual. Firmando esta acta, Yo apruebo para continuar con el proceso de manufactura.

Firma: _____.