

ACTA DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

IMPLANTE FACIAL.
ACTA PARA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

CÓDIGO TDS:	TDS-1234	FECHA DE LA REUNIÓN:	Seleccione fecha
NOMBRE PACIENTE:	OLIVER SMITH	NÚMERO DE REUNIÓN:	
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.

		Número de implantes	<input type="text"/>
ORBITAL	Techo orbital	<input type="text"/>	Cigomático <input type="text"/>
	Piso orbital	<input type="text"/>	Pómulos (malares) <input type="text"/>
	Pared orbital	<input type="text"/>	Maxilar superior <input type="text"/>
	Borde orbital	<input type="text"/>	Otro <input type="text"/>
OTRO	Hueso nasal	<input type="text"/>	Ángulo mandibular <input type="text"/>
	MENTÓN	<input type="text"/>	Cuerpo mandibular <input type="text"/>

TC NECESARIO:	Boca abierta <input type="text"/>	Boca cerrada <input type="text"/>
---------------	-----------------------------------	-----------------------------------

¿Se requiere validación del modelo anatómico plástico? Sí No

COMPRUEBE EL LADO DEL DEFECTO:	Bilateral <input type="text"/>	Frontal <input type="text"/>
	Derecha <input type="text"/>	Izquierda <input type="text"/>

¿LAS PIEZAS METÁLICAS EXISTENTES SERÁN ELIMINADAS? Sí No

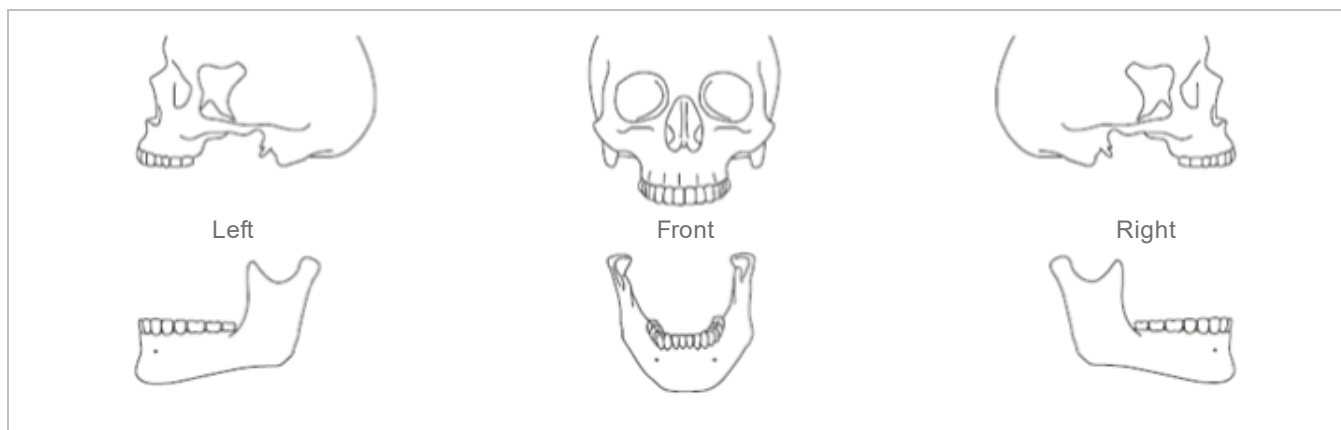
En caso afirmativo, especifique cuál:

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)

SELECCIONE LA HERRAMIENTA CON LA CUAL VA A REALIZAR LOS CORTES

NSK	Reciprocante	<input type="checkbox"/>	Piezoelectric 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: <input style="width: 100px;" type="text"/>			

Otro (por favor, adjunte el manual)

SELECCIONE LAS ESPECIFICACIONES DEL SISTEMA DE FIJACIÓN

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

TIPO DE TORNILLO	Monocortical	<input type="checkbox"/>	Biocortical	<input type="checkbox"/>
	Otro		<input style="width: 100px;" type="text"/>	

ANGULACIÓN DEL TORNILLO	Craneal	<input type="checkbox"/>	Caudal	<input type="checkbox"/>
	Perpendicular	<input type="checkbox"/>	Otro	<input style="width: 100px;" type="text"/>

SELECCIONE LAS ESPECIFICACIONES DEL IMPLANTE

MATERIAL DEL IMPLANTE	PEEK	<input type="checkbox"/>	TITANIO	<input type="checkbox"/>
	IMPRESIÓN 3D	<input type="checkbox"/>	PMMA	<input type="checkbox"/>

ACTA DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

ESPECIFICACIONES DE IMPLANTES	Número de partes para un implante:	<input type="text"/>	
	Forma de conexión	Derecho <input type="checkbox"/>	Forma de S <input type="checkbox"/>
		Rompecabezas <input type="checkbox"/>	Forma de C <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:			
PIEZAS ADICIONALES	Guías quirúrgicas <input type="checkbox"/>	Modelo anatómico <input type="checkbox"/>	
	Número de agujeros de sutura. <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Si es necesario, agregue notas:			

3. ABORDAJE QUIRÚRGICO. (Marque solo un abordaje quirúrgico)

ORBITAL	Párpado inferior transconjuntival <input type="checkbox"/>	Coronal <input type="checkbox"/>
	Párpado inferior transcutáneo <input type="checkbox"/>	
	Otro: <input type="text"/>	
HUESO NASAL	Coronal <input type="checkbox"/>	
	Otro: <input type="text"/>	
TERCIO MEDIO	Paralatero nasal / Transfacial (Weber-Ferguson) <input type="checkbox"/>	
	Intraoral maxilar vestibular / Endobucal <input type="checkbox"/>	
	Otro: <input type="text"/>	
MANDÍBULA	Intraoral Mandibular / Endobucal <input type="checkbox"/>	Submandibular <input type="checkbox"/>
	Transyugular / Bucal <input type="checkbox"/>	Preauricular <input type="checkbox"/>
	Lifting facial / Ritidectomía <input type="checkbox"/>	Retromandibular <input type="checkbox"/>
	Otro: <input type="text"/>	
MENTÓN	Mandibular intraoral <input type="checkbox"/>	
	Otro: <input type="text"/>	

ACTA DE PLANIFICACIÓN	
CÓDIGO: PLANTILLA	VERSIÓN 1

PARA FOTOS

4. INFORMACIÓN ADICIONAL:

Declaraciones:

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 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 a partir de un 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:		FECHA DE LA REUNIÓN:	Selecione fecha
NOMBRE PACIENTE:		REUNIÓN NÚMERO:	
PAÍS:		LUGAR DE REUNIÓN:	
CIUDAD:		HORA DE INICIO:	
HOSPITAL:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
CIRUJANO:		ACTA REALIZADA POR:	
NOMBRE DEL VISITADOR:		FECHA ESPERADA DE LA CIRUGÍA:	Selecione 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"/>
<div>Por qué?</div>		
2- ¿Los implantes faciales se ajustan a la planificación?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<div>Por qué?</div>		
3- ¿Es adecuada la precisión de los implantes faciales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<div>Por qué?</div>		
4- ¿Son adecuadas las fijaciones de los implantes faciales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<div>Por qué?</div>		
5- ¿Es adecuado el documento de presentación del caso?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<div>Por qué?</div>		

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: _____.