



MANUALE PROCEDURA



Powered by



CHI SIAMO

ISOMED produce e commercializza impianti in titanio ed accessori odontoiatrici ad alta tecnologia per studi dentistici, odontotecnici e implantologi.

L'esperienza ventennale maturata sul campo, la ricerca e l'impegno costante hanno consentito all'azienda di raggiungere elevati standard qualitativi, nonché di realizzare una molteplicità di linee implantari per soddisfare le esigenze specifiche dei clienti.

ISOMED si distingue per flessibilità, quantità e varietà di prodotti immessi sul mercato, offrendo soluzioni integrate a supporto dei professionisti del settore: il suo principale obiettivo è fornire impianti brevettati e componentistica correlata con approccio innovativo rispetto alla dinamica domanda-offerta.

ISOMED organizza corsi ed occasioni di formazione per garantire ai propri clienti l'aggiornamento costante e la crescita professionale; tra le principali tematiche affrontate ci sono l'implantologia di base su simulatori, la medicina d'urgenza e la chirurgia avanzata su cadavere.

Attraverso questi momenti di confronto, l'azienda percepisce i bisogni dei professionisti e mette a loro disposizione uno staff medico esperto e responsabili preparati che operano su una rete commerciale organizzata.

Vorrei una procedura semplice e affidabile, basata su un sistema aperto a tutte le piattaforme implantari, personalizzato sulle mie esigenze



Medico

Vorrei una piattaforma diagnostica avanzata, che gestisca qualsiasi esame in formato DICOM, distribuibile ai Medici per completare la mia diagnosi con un protocollo semplice di progettazione implantare



Radiologo

Vorrei un sistema aperto, interfacciabile con i miei sistemi di modellazione protesica e CAD/CAM, che mi consenta di progettare e produrre guide chirurgiche e protesi a partire dalla pianificazione virtuale del Medico



Odontotecnico

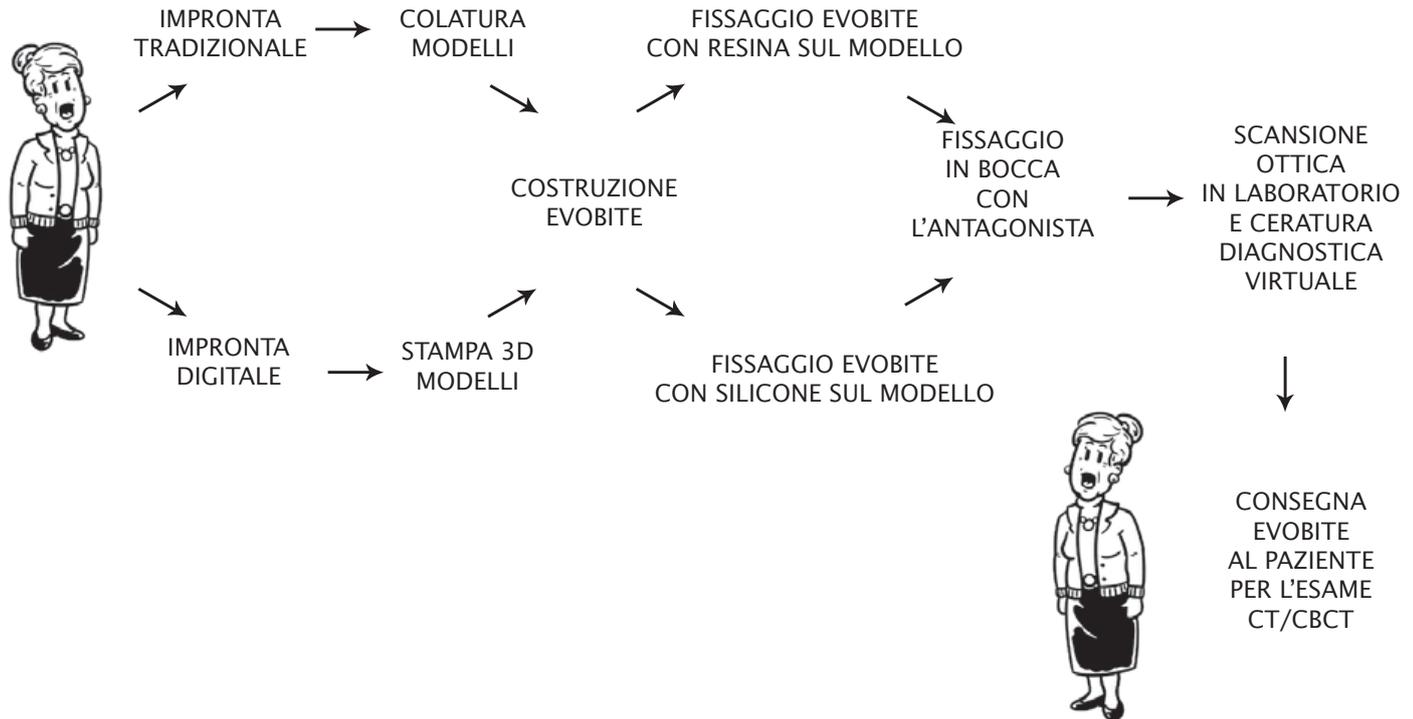
Vorrei affrontare una chirurgia poco invasiva, con un decorso post-operatorio veloce ed un risultato estetico predicibile



Paziente

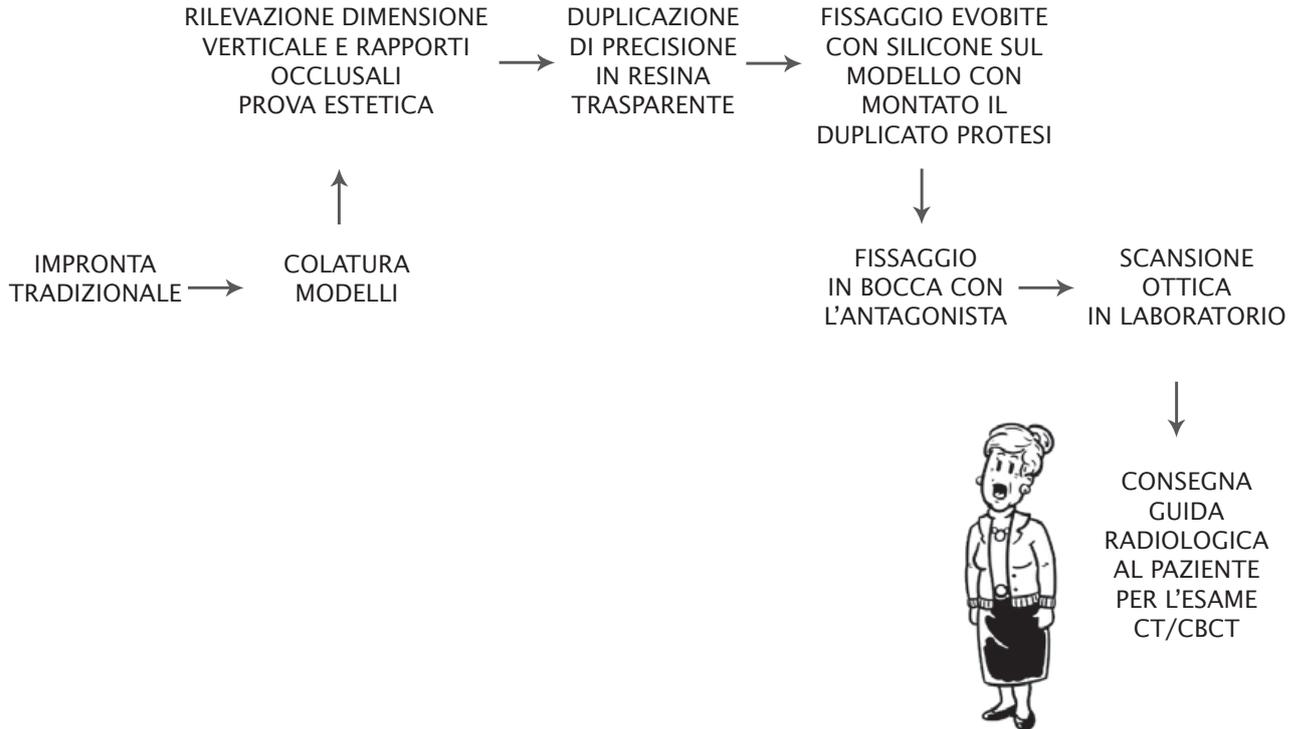


Progettazione protesica pre-implantare *EDENTULIA PARZIALE*



Progettazione protesica pre-implantare

EDENTULIA TOTALE

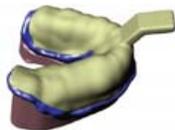


- Arcata da operare, antagonista e centrica
- Materiale:
Se denti stabili: silicone (o polietere o polisilossani affini)
Se denti non stabili: alginato (dopo rimozione o splintaggio)
- Massima estensione, non funzionalizzata (anatomica)

Riprodurre l'esatta situazione della bocca al momento della chirurgia



A
IMPRONTA
TRADIZIONALE



COLATURA
MODELLI



- Fissare i 3DMarker al bite secondo lo schema sotto riportato, incollandoli con una goccia di cianoacrilato
- Misurare il bite sul modello ed eventualmente accorciarlo ed adattarlo alle dimensioni dell'arcata. Si consiglia di arrivare con il bite fino ai sestí (non oltre)

corretto assemblaggio per diametro di acquisizione maggiore di 8 cm



B
IMPRONTA
DIGITALE



STAMPA 3D
MODELLI



corretto assemblaggio per diametro di acquisizione minore di 8 cm



- Arcata da operare, antagonista e centrica
- Massima estensione, senza buchi

Riprodurre l'esatta situazione della bocca al momento della chirurgia

Stampa 3D in alta definizione del file STL

NB: I COMPONENTI PER LA COSTRUZIONE DELL'EVOBITE SONO MONOUSO

- Fissare l'Evobite con resina trasparente non radiopaca (tipo ortodontico) sul modello, compensando in particolar modo lo spazio in corrispondenza delle zone edentule
- Tenere il 3DMarker frontale più centrato e vicino possibile al bordo incisivo

A indurimento avvenuto posizionare la dima sul paziente e ribasare verso l'antagonista con lo stesso silicone fornito con il kit Evobite, avendo cura di tenere ben ferma la dima (nota: non e' una registrazione centrica ma una semplice chiave di stabilizzazione).



0A

FISSAGGIO EVOBITE
CON RESINA SUL MODELLO

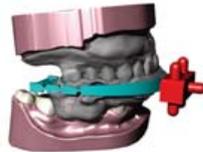


FISSAGGIO IN BOCCA
CON L'ANTAGONISTA



SCANSIONE OTTICA IN
LABORATORIO E
CERATURA DIAGNOSTICA
VIRTUALE

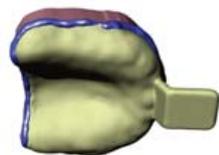
0B
FISSAGGIO EVOBITE
CON SILICONE SUL MODELLO



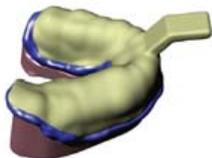
CONSEGNA
EVOBITE AL
PAZIENTE PER
L'ESAME
CT/CBCT



- Applicare uno strato di adesivo universale per silicone al bite e applicare il silicone sul lato del bite corrispondente all'incastro con il modello.
- Compensare con il silicone sul modello in corrispondenza delle zone edentule.
- Improntare il modello avendo cura di tenere il 3DMarker più centrato e vicino possibile al bordo incisivo.



IMPRONTA TRADIZIONALE



COLATURA MODELLI



Colatura dei modelli in gesso extraduro (senza imperfezioni o bolle)



RILEVAZIONE DIMENSIONE VERTICALE E RAPPORTI OCCLUSALI



PROVA ESTETICA

La procedura è comparabile a quella utilizzata per la costruzione di una protesi totale



DUPLICAZIONE DI PRECISIONE IN RESINA TRASPARENTE



- Arcata da operare, antagonista e centrica (rialzata)
- Materiale: silicone o alginato
- Massima estensione, non funzionalizzata (anatomica)

Riprodurre l'esatta situazione della bocca al momento della chirurgia

Il duplicato della prova estetica deve avvenire in modo preciso e in materiale trasparente NON radiopaco (tipo resina ortodontica), previo ripristino della flangia vestibolare.

PROTOCOLLO COMPATIBILE

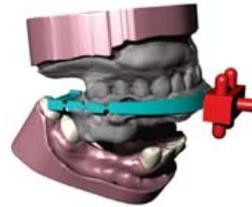
Anche se NON consigliato, in caso di paziente portatore di protesi mobile congrua (dal punto di vista estetico e funzionale) è possibile procedere con la sua duplicazione, previa ribasatura della stessa.

NB: I COMPONENTI PER LA COSTRUZIONE DELL'EVOBITE SONO MONOUSO

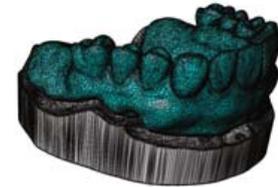
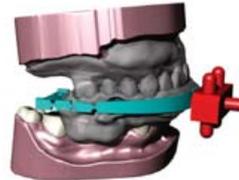
Per stabilizzare la guida radiologica posizionare la dima in bocca al paziente e ribasare verso l'antagonista con lo stesso silicone fornito con il kit Evobite, avendo cura di tenere ben ferma la dima.



→ FISSAGGIO EVOBITE
CON SILICONE SUL
MODELLO CON
MONTATO IL
DUPLICATO PROTESI



→ FISSAGGIO IN BOCCA
CON L'ANTAGONISTA



SCANSIONE
OTTICA IN
LABORATORIO



↓
CONSEGNA
GUIDA RADIOLOGICA
AL PAZIENTE PER
L'ESAME CT/CBCT

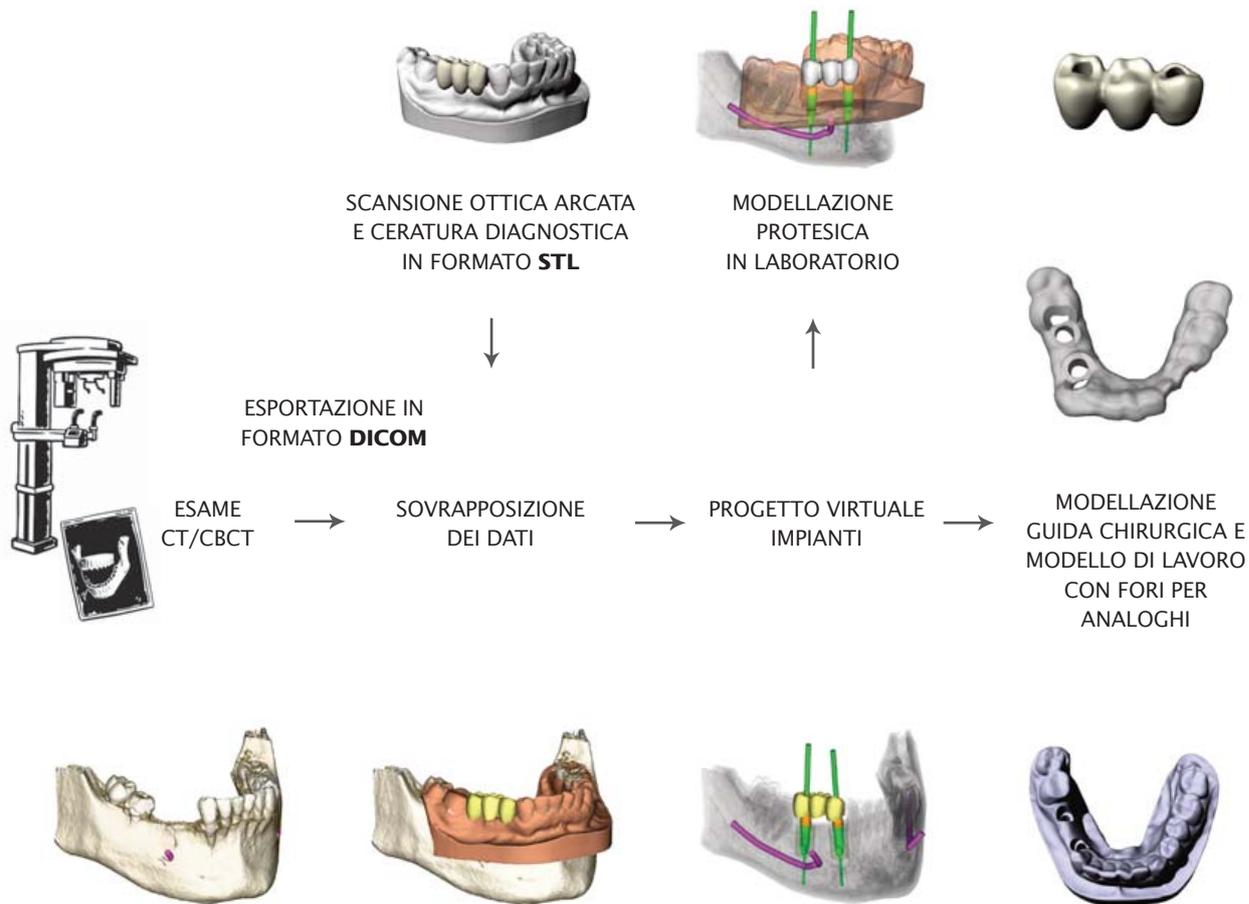


PROTOCOLLO COMPATIBILE

La procedura ISOGUIDE è compatibile con il protocollo DUAL SCAN (doppia scansione) che prevede l'inserimento di punti radiopachi nel duplicato protesi e la doppia scansione CBCT (paziente con dima radiologica e solo dima radiologica) per la sovrapposizione automatica della scansione della protesi all'anatomia del paziente direttamente nel software ISOGUIDE. Tuttavia si consiglia di seguire la procedura standard ed utilizzare l'Evobite anche nei casi di edentulia totale.

PROTOCOLLO ALTERNATIVO

Il fissaggio dell'Evobite all'antagonista si può effettuare anche in articolatore SOLO SE è stata presa una centrica RIALZATA in fase di partenza. Lo stesso deve essere fatto in caso di chirurgia guidata su due arcate nello stesso intervento.



PROTOCOLLO RADIOLOGICO

Una volta verificata la perfetta calzata in bocca della guida radiologica e dell'Evobite inviare il Paziente al Centro Radiologico per l'esecuzione dell'esame tomografico.

IMPORTANTE: il Paziente deve essere addestrato a posizionare correttamente la guida radiologica. Mostrare al Paziente come calzare la guida e fare qualche prova per accertarsi che la procedura sia ben chiara. La guida radiologica DEVE essere conservata e riconsegnata allo Studio.

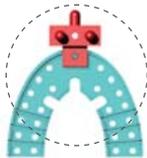
Posizionamento del paziente

- Rimuovere se possibile oggetti che possono introdurre artefatti nelle immagini (gioielli, piercing,...)
- Assicurarsi che il Paziente indossi correttamente la guida radiologica
- Posizionare il paziente all'interno del campo di acquisizione della macchina ed assicurarsi che rimanga immobile durante l'acquisizione delle immagini

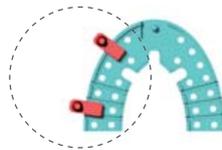
Impostazioni consigliate di acquisizione

- Campo visivo (FOV: Field Of View): le sezioni devono avere il medesimo campo visivo che deve includere tutte le zone di interesse, in particolare i 3DMarker connessi all'Evobite
- Acquisire tutte le sezioni di uno stesso esame nella medesima direzione e mantenere costante lo spazio tra le sezioni (minore o uguale allo spessore della singola sezione)
- Eseguire una singola acquisizione del Paziente con l'Evobite in posizione (non è necessario allineare il piano di acquisizione con l'Evobite)
- Assicurarsi che i 3DMarker siano completamente inclusi nel volume di acquisizione, come si vede nelle immagini sottostanti

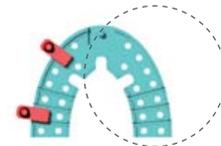
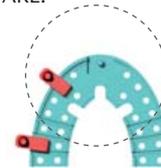
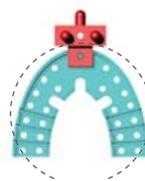
ARCATA COMPLETA



MEZZA ARCATA



SITUAZIONI DA EVITARE:



Esportazione delle immagini

- Matrice di acquisizione consigliata: 512 x 512 pixel per ogni immagine (ISOGUIDE può comunque importare matrici di qualsiasi dimensione)
- Spessore delle sezioni: utilizzare lo spessore più sottile disponibile (possibilmente inferiore al mm)
- Algoritmo di ricostruzione: utilizzare l'algoritmo con la risoluzione più elevata disponibile (Bone o High Resolution)
- Formato delle immagini: esportare le immagini assiali in formato DICOM 3 (standard) non compresso. Si consiglia inoltre di esportare i file in serie e non compressi in un file unico

SOVRAPPOSIZIONE DEI DATI

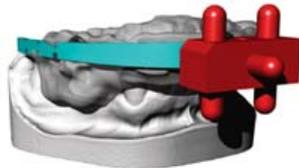
PROCEDURA DI SCANSIONE OTTICA DEI MODELLI

1. La scansione dei modelli può essere eseguita con qualsiasi scanner da laboratorio che consenta l'esportazione dei file in formato STL.
2. Montare il modello sulla morsa del portamodelli in modo che sia ben stabile.
3. Eseguire la scansione del modello ponendo particolare attenzione ad includere tutte le zone anatomiche, comprese le zone posteriori ed i fornici (se presenti sul modello).
4. Estrarre il portamodelli dallo scanner e
 - **PER CASI DI EDENTULIA PARZIALE:** montare l'Evobite, assicurandosi che sia ben saldo e che non rischi di spostarsi durante le manovre di posizionamento dello scanner, ed eseguire la scansione (come se fosse la scansione di un wax-up) ponendo particolare attenzione nell'includere i 3DMarker.
 - **PER CASI DI EDENTULIA TOTALE:** montare prima il duplicato in resina della prova estetica ed eseguire la scansione ottica (scansione protesica), poi montare l'Evobite (senza rimuovere il duplicato) ed eseguire una nuova scansione ottica (scansione Evobite) ponendo particolare attenzione nell'includere i 3DMarker.
5. Esportare le scansioni in file STL separati, con gli oggetti posti nel medesimo sistema di riferimento (in pratica, aprendo i file insieme si devono vedere correttamente assemblati come sui modelli originali).

EDENTULIA PARZIALE



scansione modello



scansione modello
con Evobite

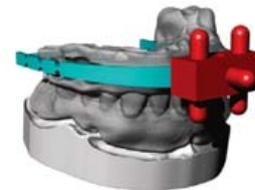
EDENTULIA TOTALE



scansione modello



scansione modello
con protesi

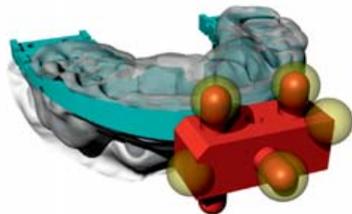


scansione modello
con protesi ed Evobite

PROCEDURA DI SOVRAPPOSIZIONE DEI FILE STL ALL'ESAME DICOM

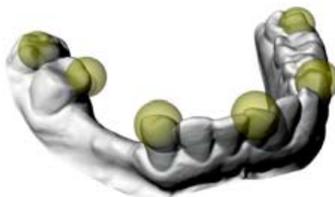
A seconda dei dati STL a disposizione si procede alla sovrapposizione dei file STL all'esame DICOM all'interno del software ISOGUIDE secondo i seguenti protocolli alternativi (fare riferimento ai videotutorial di ISOGUIDE per la procedura dettagliata):

PROCEDURA IsoGuide STANDARD



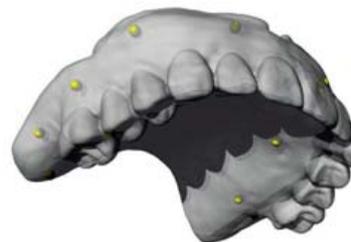
Utilizzo del 3DMarker come elemento di sovrapposizione dei file STL all'esame CT/CBCT (consigliato)

SOVRAPPOSIZIONE DIRETTA SULL'ANATOMIA



Utilizzo degli elementi dentali come elementi di sovrapposizione della scansione del modello all'esame CBCT

PROTOCOLLO A DOPPIA SCANSIONE CBCT

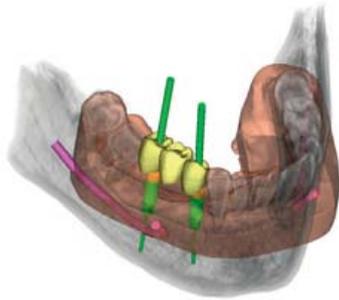


Utilizzo dei punti radiopachi inseriti nel duplicato della protesi del paziente per la sovrapposizione dei dati DICOM relativi alla CT/CBCT del duplicato della protesi all'esame CT/CBCT del paziente con la protesi in bocca. In tal caso il software cercherà automaticamente i punti di repere nei due esami ed effettuerà la sovrapposizione della parte protesica alle regioni anatomiche in modo diretto

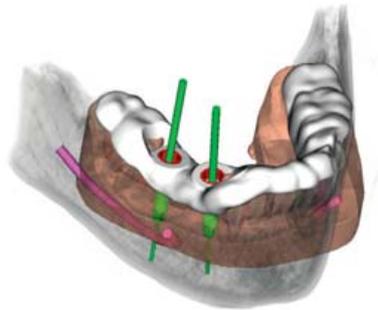
MODELLAZIONE VIRTUALE

Il progetto virtuale degli impianti viene utilizzato per la fase di modellazione della guida chirurgica, del modello con gli alloggiamenti dedicati agli analoghi dell'impianto selezionato e per la pre-modellazione della protesi provvisoria.

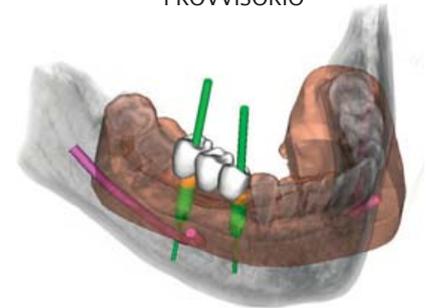
PROGETTO IMPLANTARE



GUIDA CHIRURGICA



CONVERSIONE WAX-UP IN PROVVISORIO



Il risultato della procedura è quindi costituito da tutti i componenti necessari alla riabilitazione immediata e mini-invasiva del paziente:

:



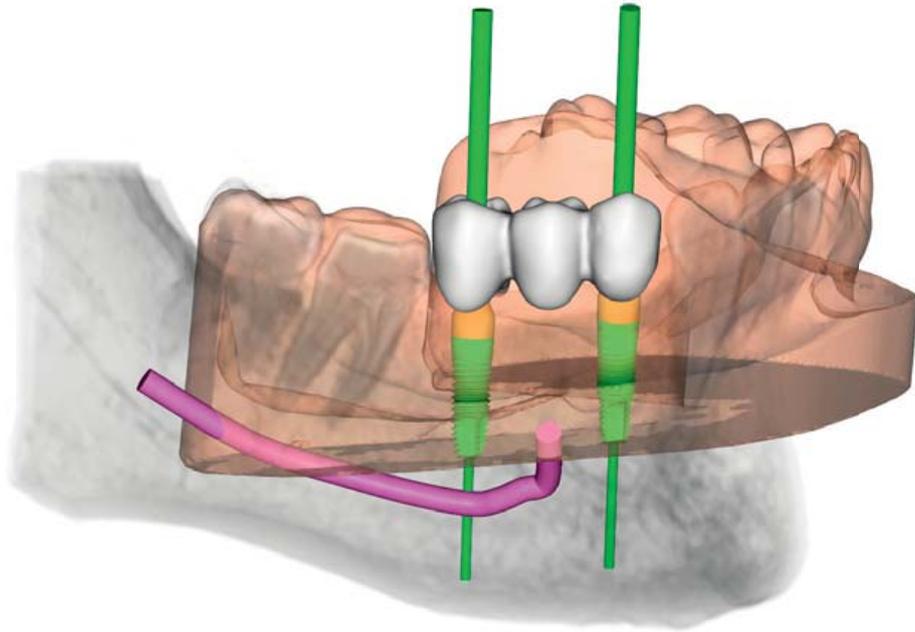
GUIDA CHIRURGICA



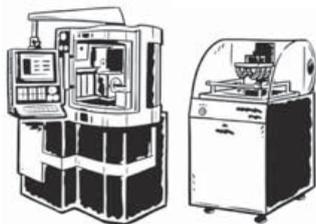
MODELLO PER ARTICOLATORE



PROTESI PROVVISORIA



PRODUZIONE



- GUIDA CHIRURGICA
- MODELLO DI LAVORO
- PROTESI PROVVISORIA
- INDICE OCCLUSALE CHIRURGICO



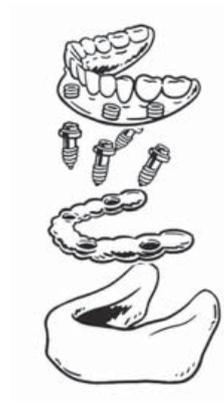
CONTROLLO DELLA
GUIDA IN BOCCA AL
PAZIENTE PRIMA
DELL'INTERVENTO



KIT CHIRURGICO
REALGUIDE



CHIRURGIA



GUIDA CHIRURGICA



- Realizzata in materiale biocompatibile (per uso temporaneo, di classe I in accordo con la regola 5, allegato IX, direttiva 93/42/CEE).
- Comprensiva di boccole guida in metallo, dedicate al kit ISOGUIDE.
- Sterilizzabile a freddo.

MODELLO DI LAVORO

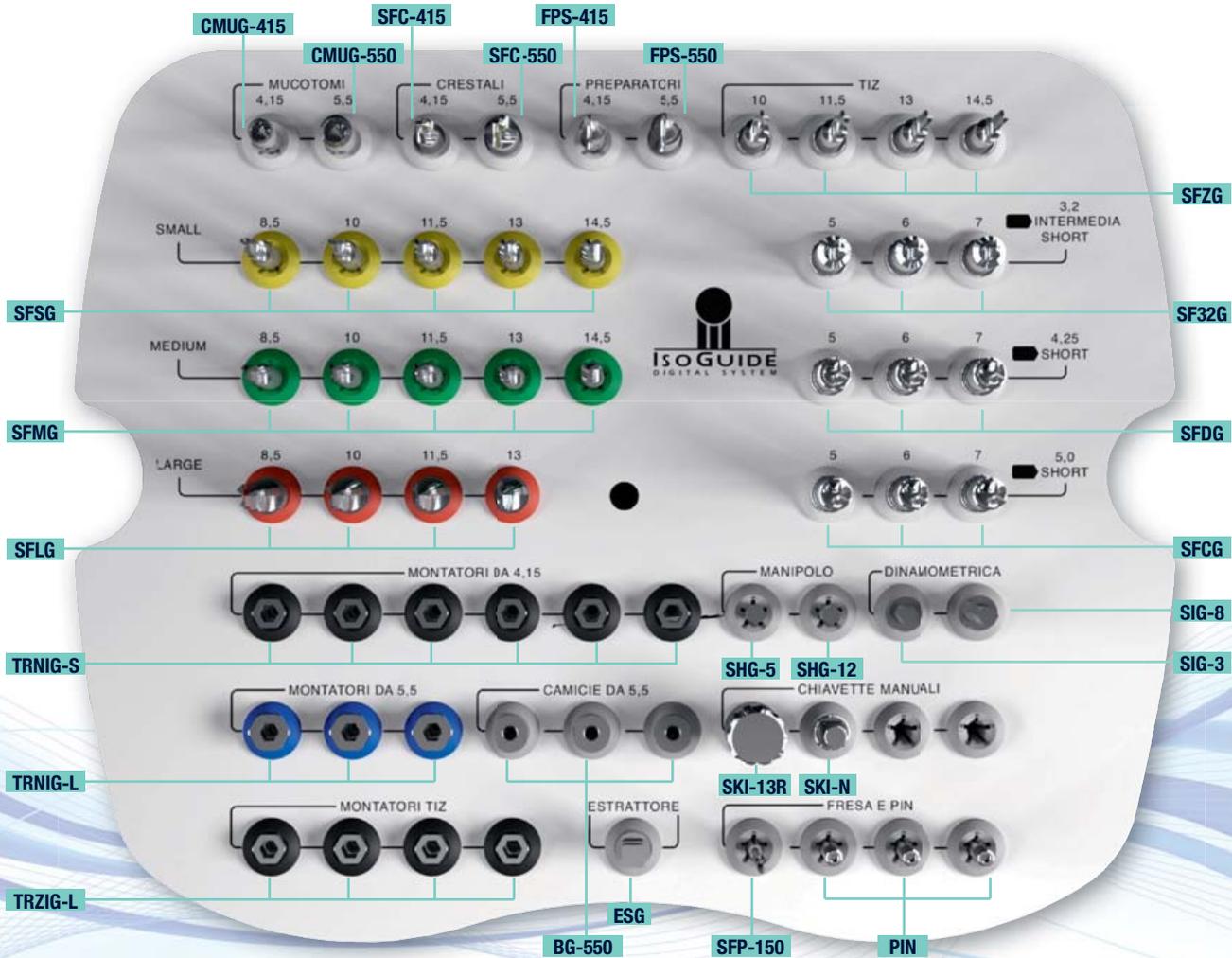


- Modello completo di alloggiamento per analoghi da gesso, adatti al montaggio in articolatore.
- Elevata qualità e finitura superficiale.
- Completo di nome del paziente e indicazione relativa alle dimensioni degli impianti da inserire.

I risultanti file STL possono essere utilizzati per la produzione, mediante tecnologie di prototipazione rapida e CAD/CAM, di tutti i componenti necessari al trasferimento della progettazione virtuale in bocca al paziente, in particolare:

Costruzione **INDICE OCCLUSALE CHIRURGICO**: dopo avere montato in articolatore il modello di lavoro e la guida chirurgica, realizzare un indice oclusale in silicone con lo stesso rialzo utilizzato per la centrica iniziale.

Costruzione **PROTESI PROVVISORIA**: a partire dalla modellazione virtuale (integrata con la progettazione degli impianti esportata da ISOGUIDE), realizzata con le tecnologie CAD/CAM a disposizione.



FRESA PER PIN DI FISSAGGIO (SFP-150)

La fresa per pin di fissaggio è tagliente in punta ed è atraumatica sui bordi. Il passaggio della fresa attraverso la cannula deve avvenire fino a fondo corsa per garantire una tenuta ottimale del pin.



PIN DI FISSAGGIO (PIN)

Il pin di fissaggio fissa la guida chirurgica in posizione. Il pin deve essere spinto fino a fondo corsa.



MUCOTOMO (CMUG-415 /CMUG-550)

Questo strumento esegue una mucotomia di diametro 4,15/5,50 mm prima del passaggio delle frese negli interventi di chirurgia



FRESA CRESTALE (SFC-415/SFC-550)

La fresa iniziale rimuove il cerchione mucoso e prepara l'osso corticale al passaggio della prima fresa. La fresa iniziale viene inserita attraverso la guida chirurgica fino a fondo corsa.



FRESA PREPARATRICE DI SPALLA (FPS-415/FPS-550)

Le frese preparatrici gestiscono la preparazione iniziale del sito implantare per gli impianti PROGRESSIVE e Conici. Le frese FPS-415, per boccole \varnothing 4,15 mm, possono essere utilizzate anche con boccole \varnothing 5,5 mm montando la camicia BG-550.



FRESA INTERMEDIA PER SHORT (SF32G-5/SF32G-6/SF32G-7)

Le frese di invito per gli impianti SHORT preparano il sito implantare per l'utilizzo delle successive frese finali.



FRESA INTERMEDIA/FINALE

SFSG-8,5/SFSG-10/SFSG-11,5/SFSG-13/SFSG-14,5/
SFMG-8,5/SFMG-10/SFMG-11,5/SFMG-13/SFMG-14,5/
SFLG-8,5/SFLG-10/SFLG-11,5/SFLG-13/
SFDG-5/SFDG-6/SFDG-7/
SFCG-5/SFCG-6/SFCG-7/
SFZG-10/SFZG-11,5/SFZG-13/SFZG-14,5

Le frese finali completano la preparazione del sito implantare, da gestire in funzione della tipologia, lunghezza e diametro dell'impianto e della densità dell'osso.



CAMICIA (BG-550)

La camicia va applicata sulle frese per boccole \varnothing 4,15 mm al posto dello stop, per poterle utilizzare con le boccole \varnothing 5,5 mm.



MASCHIATORE (MPG)

I maschiatori sono destinati agli impianti PROGRESSIVE, per permettere il loro utilizzo anche in osso duro mandibolare (forniti a parte).



MONTATORE (TRNIG-S/TRNIG-L/TRZIG-S)

L'implant mount (driver) si connette all'impianto mediante la vite di serraggio e guida in direzione e profondità l'impianto attraverso la guida chirurgica. Grazie al riferimento esagonale presente sull'implant mount è possibile controllare anche la posizione della connessione dell'impianto attraverso la guida chirurgica.



INSERTO DA CONTRANGOLO (SHG-5/SHG-12)

Inserto da contrangolo per ingaggiare il mount ed inserirlo nella boccola. In due altezze (5-12 mm)



INSERTO 4x4mm (SIG-3/SIG-8)

Inserto con connessione 4x4 mm per l'utilizzo con cricchetto o chiave dinamometrica.



ESTRATTORE PER PIN (E-PIN)

L'estrattore per PIN permette una più agevole estrazione del PIN di fissaggio una volta completata l'operazione, prima di rimuovere la guida.



ESTRATTORE PER MONTATORI (ESG)

L'estrattore ESG permette il distacco e l'estrazione del montatore una volta posizionato l'impianto e rimossa la vite di serraggio.



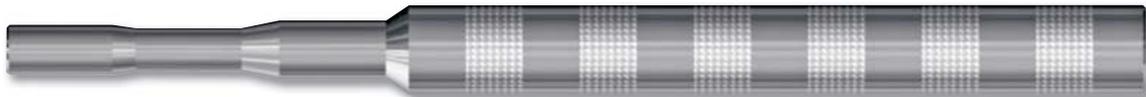
CHIAVE DINAMOMETRICA (ST-D-100)

Chiave dinamometrica per l'inserimento manuale dell'impianto, impostabile per torque compresi tra 15 e 100 Ncm (fare riferimento alla documentazione tecnica allegata alla chiave dinamometrica per ulteriori informazioni).



CHIAVE A CACCIAVITE (SG-00)

Chiave a cacciavite con connessione 4x4 mm per l'inserimento manuale dell'impianto.



AVVITATORE MANUALE (SM-01)

Avvitatore manuale con connessione 4x4 mm.



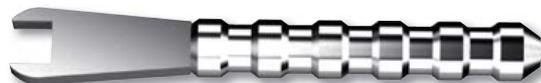
CHIAVE A PENNA (SKI-P)

Avvitatore manuale a penna per il serraggio della vite del driver dell'impianto.



CHIAVE BLOCCA MONTATORE (CSBG)

Chiave per agevolare lo sblocco e lo svitamento della camicia BG-550.



AVVITATORE (DCD)

Avvitatore in acciaio con connessione esagonale 3,3 mm.



AVVITATORE CON O-RING (PI-M/PI-C-M/SPI-Z)

Avvitatore con o-ring per impianto senza montatore.



VITE LUNGA (SP1,4)

Vite lunga per sostenere i connettori MUA mentre si connettono agli impianti con l'avvitatore DCD.



CHIAVETTA DIGITALE 1,28 mm (SKI-13R)

Chiavetta digitale per l'avvitamento/svitamento delle viti passanti/viti di guarigione.



PROLUNGA PER FRESE (PSF)

Prolunga per connessione tra fresa e manipolo.



INSERTO PUNTA 1,28 mm (SKI-N)

Inserto con punta 1,28 mm da utilizzare con chiavi dinamometriche e cricchetti con quadro 4x4 mm, per l'avvitamento/svitamento di viti passanti/viti di guarigione.



PROTOCOLLI CLINICI

Protocollo Clinico Preliminare pag. 24

Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE. . . pag. 25

Protocollo Clinico Impianti Conici pag. 35

Protocollo Clinico Impianti TIZ pag. 43

Protocollo Clinico Impianti SHORT pag. 49

PROTOCOLLO CLINICO PRELIMINARE

Di seguito si riassume la procedura chirurgica eseguita con gli strumenti illustrati in precedenza. Per preservare la vitalità dell'osso irrorare abbondantemente il campo operatorio con fisiologica sterile a 4° C durante le manovre chirurgiche

ANESTESIA

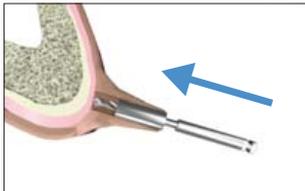
E' consigliabile evitare infiltrazioni di anestetico in mucosa cheratinizzata al fine di prevenire variazioni dimensionali che possono compromettere la precisione di posizionamento della guida chirurgica. Pertanto si suggerisce di eseguire nel mascellare superiore anestesia plessica nel fornice vestibolare e blocco tronculare a livello del forame palatino maggiore e del forame nasopalatino, mentre a livello mandibolare anestesia plessica (o eventualmente tronculare al nervo alveolare inferiore) e infiltrazione del pavimento linguale.

POSIZIONAMENTO DELLA GUIDA CHIRURGICA

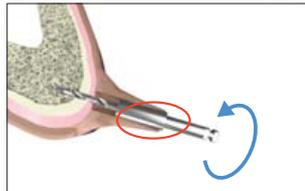
Posizionare la guida chirurgica assicurandosi che sia ben stabile, in caso di guida chirurgica con PIN di fissaggio eventualmente interporre bite occlusale in silicone tra le arcate e fare occludere al paziente per mantenere bloccata la guida chirurgica durante la fase di fissaggio. PORRE PARTICOLARE ATTENZIONE A QUESTA FASE: UN ERRATO POSIZIONAMENTO DELLA GUIDA PUÒ COMPROMETTERE L'INTERO TRATTAMENTO CHIRURGICO.

FISSAGGIO DELLA GUIDA CHIRURGICA

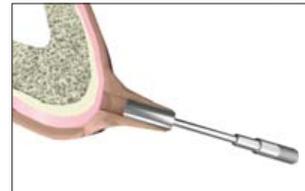
Inserire la fresa per il PIN di fissaggio (**SFP-150**) nelle boccole vestibolari, premere fino a sentire il contatto con l'osso ed attivare il motore fino ad arrivare a fine corsa. Estrarre la fresa ed inserire il PIN di fissaggio (**PIN**). Ripetere l'operazione per tutti i PIN di fissaggio. Verificare la stabilità della guida prima di procedere con gli altri passaggi.



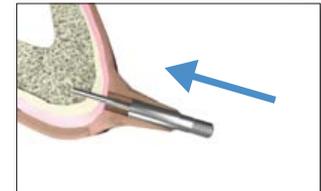
INSERIRE LA FRESA FINO A CONTATTO



ARRIVARE FINO A FINE CORSA



INSERIRE IL PIN NELLA BOCCOLA



PREMERE FINO ALLO STOP

Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE

CMUG-415



PROGRESSIVE 3,5
PROGRESSIVE 4

CMUG-550



PROGRESSIVE 4,5
PROGRESSIVE 5

MUCOTOMI (CMUG-415; CMUG-550)

Utilizzare il mucotomo **CMUG-415** in caso di impianti **PROGRESSIVE 3,5** o **PROGRESSIVE 4**, il mucotomo **CMUG-550** con gli impianti **PROGRESSIVE 4,5** o **PROGRESSIVE 5** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti). Praticare la mucotomia inserendo lo strumento attraverso le boccole della guida chirurgica fino a percepire il contatto del mucotomo con la cresta ossea. E' possibile rimuovere la porzione di tessuto molle attraverso la boccola con un apposito scollatore.



PROGRESSIVE 3,5
PROGRESSIVE 4



PROGRESSIVE 4,5
PROGRESSIVE 5

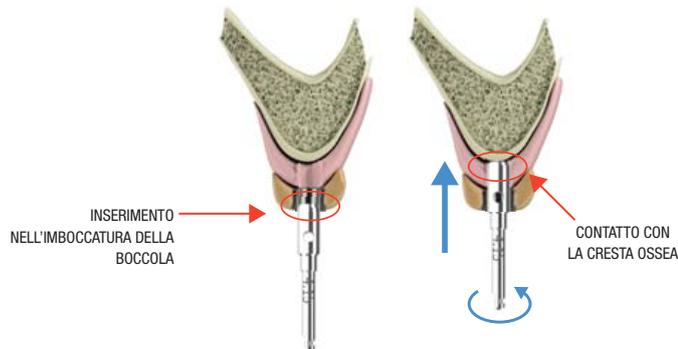
FRESE CRESTALI (SFC-415; SFC-550)

Utilizzare la fresa **SFC-415** in caso di impianti **PROGRESSIVE 3,5** o **PROGRESSIVE 4**, la fresa **SFC-550** con gli impianti **PROGRESSIVE 4,5** o **PROGRESSIVE 5** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).

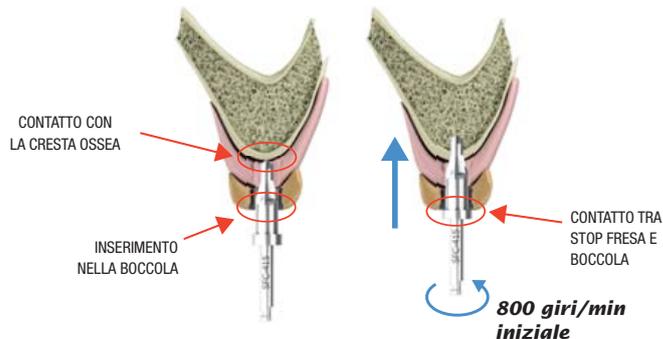
Verificare la completa rimozione del cercone mucoso prima di procedere con la fresatura del sito implantare ed irrigare abbondantemente per evitare la presenza di tessuto mucoso all'interno del sito implantare. Porre particolare attenzione nell'inserimento della punta di questa fresa (perfettamente in asse con la boccola) in quanto responsabile della direzione principale di inserimento delle frese successive.

Inserire la fresa attraverso la boccola A MOTORE FERMO fino a percepire il contatto della punta con l'osso, verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola, poi iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.

MUCOTOMO



FRESA CRESTALE



Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE



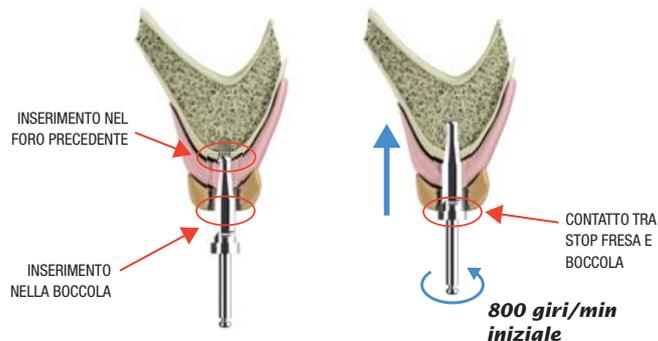
FRESE PREPARATRICI DI SPALLA (FPS-415; FPS-550)

Utilizzare la fresa **FPS-415** in caso di impianti **PROGRESSIVE 3,5** o **PROGRESSIVE 4**; in caso di impianti **PROGRESSIVE 4,5**, utilizzare la fresa **FPS-415** usando l'accorgimento di svitare la rondella di stop (filetto inverso) e di montare la camicia **BG-550** (che permette di usare la fresa **FPS-415** con le boccole di misura maggiore). Per i **PROGRESSIVE 5** utilizzare la fresa **FPS-550** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).

Inserire la fresa nella boccola della guida chirurgica A MOTORE FERMO fino a percepire l'inserimento della punta della fresa nel foro preparato nell'osso dal passaggio della fresa precedente e verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola (DOPPIA GUIDA: della punta nel foro precedente e del corpo cilindrico nella boccola). Iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.



FRESA CRESTALE



Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE

FRESE INTERMEDIE/FINALI (SFSG; SFMG; SFLG)



SFSG

PROGRESSIVE 3,5 (F)
PROGRESSIVE 4 (I)



SFMG

PROGRESSIVE 4 (F)



SFSG + BG-550

PROGRESSIVE 4,5 (I)
PROGRESSIVE 5 (I)



SFMG + BG-550

PROGRESSIVE 4,5 (F)
PROGRESSIVE 5 (I)



SFLG

PROGRESSIVE 5 (F)

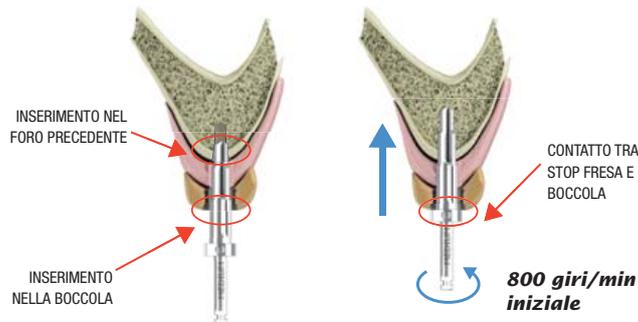
PROGRESSIVE 3,5 – Utilizzare la fresa **SFSG** (gommino giallo) - dell'altezza corrispondente all'altezza dell'impianto - come fresa finale subito dopo l'utilizzo della precedente fresa preparatrice **FPS-415**.

PROGRESSIVE 4 – Utilizzare la fresa **SFSG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa intermedia dopo la fresa **FPS-415**; utilizzare la fresa **SFMG** (gommino verde) dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale.

PROGRESSIVE 4,5 – Utilizzare la fresa **SFSG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa intermedia subito dopo la fresa **FPS-550** con l'accorgimento di sostituire l'anello di stop con la camicia **BG-550**. Utilizzare successivamente la fresa **SFMG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale, con l'accorgimento di sostituire l'anello di stop con la camicia **BG-550**.

PROGRESSIVE 5 – Utilizzare la fresa **SFSG** dell'altezza corrispondente all'impianto come prima fresa intermedia subito dopo la fresa **FPS-550**, con l'accorgimento di sostituire l'anello di stop con la camicia **BG-550**. Utilizzare successivamente la fresa **SFMG** dell'altezza corrispondente all'impianto come seconda fresa intermedia, con l'accorgimento di sostituire l'anello di stop con la camicia **BG-550**. Infine, utilizzare la fresa **SFLG** (gommino rosso) dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti). Inserire la fresa nella boccola della guida chirurgica A MOTORE FERMO fino a percepire l'inserimento della punta della fresa nel foro preparato nell'osso dal passaggio della fresa precedente e verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola (DOPPIA GUIDA: della punta nel foro precedente e del corpo cilindrico nella boccola). Iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.

FRESE INTERMEDIE/FINALI



Nota: (F) = FRESE FINALI - (I) = FRESE INTERMEDIE

Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE

L'impiego dei maschiatori per gli impianti progressive è indicato qualora si intenda utilizzare tali impianti in osso duro mandibolare

MASCHIATORI (MPG)

PROGRESSIVE 3,5 – Utilizzare il maschiatore **MPG3,5** (dell'altezza corrispondente all'altezza dell'impianto) dopo l'utilizzo della fresa finale **SFSG**.

PROGRESSIVE 4 – Utilizzare il maschiatore **MPG4** (dell'altezza corrispondente all'altezza dell'impianto) dopo l'utilizzo della fresa finale **SFMG**.

PROGRESSIVE 4,5 – Utilizzare il maschiatore **MPG4,5** (dell'altezza corrispondente all'altezza dell'impianto) dopo l'utilizzo della fresa finale **SFMG**.

PROGRESSIVE 5 – Utilizzare il maschiatore **MPG5** (dell'altezza corrispondente all'altezza dell'impianto) dopo l'utilizzo della fresa finale **SFLG**.

Inserire il maschiatore nella boccola della guida fino a percepire l'inserimento della punta della fresa nel foro preparato nell'osso dal passaggio della precedente fresa e verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica del maschiatore nella boccola (DOPPIA GUIDA: della punta nel foro precedente e del corpo cilindrico nella boccola). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola. In caso di utilizzo di abutment angolati è importante che l'esagono presente in corrispondenza dello stop del maschiatore si allinei al profilo esagonale della cannula inserita nella guida chirurgica.



MASCHIATORI



Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE

TRNIG-S



PROGRESSIVE 3,5
PROGRESSIVE 4

TRNIG-L



PROGRESSIVE 4,5
PROGRESSIVE 5

POSIZIONAMENTO GUIDATO DELL'IMPIANTO

Una volta creato il sito implantare, procedere al posizionamento dell'impianto utilizzando l'apposito montatore: per **PROGRESSIVE 3,5** e **PROGRESSIVE 4** utilizzare il montatore **TRNIG-S**; per **PROGRESSIVE 4,5** e **PROGRESSIVE 5** utilizzare il montatore **TRNIG-L** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti). Ingaggiare il montatore sull'impianto ed avvitare la vite di connessione mediante cacciavite manuale (**SKI-13R**; **SKI-N**; **SKI-P**).

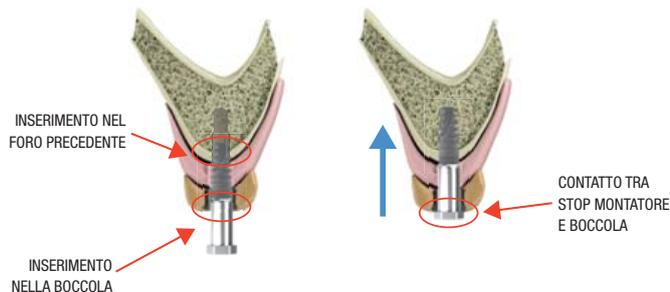
Inserire l'impianto fino a fine corsa attraverso la cannula guida mediante il connettore quadro da manopola (**SHG-5**; **SHG-12**) o per chiave dinamometrica (**SIG-3**; **SIG-8**) [Max 50 Ncm, da utilizzare con chiave dinamometrica **ST-D-100**]. I connettori quadro **SIG-3/SIG-8** sono funzionali anche all'impiego della chiave manuale **SG-00**. In caso di difficoltà di posizionamento dovuta ad eccessivo torque di inserimento degli impianti provvedere alla rimozione dell'impianto e alla preparazione con fresa di diametro maggiore o maschiatura con strumento dedicato a seconda del sito chirurgico.

In caso di utilizzo di abutment angolati è importante che l'esagono presente in corrispondenza della fine del montatore si allinei al profilo esagonale della cannula inserita nella guida chirurgica.

Mantenere il montatore in posizione mentre si passa all'inserimento dell'impianto successivo (per aumentare la stabilità della guida chirurgica). In caso di impianti multipli si suggerisce di procedere all'inserimento di impianti alternando il sito destro con il sito sinistro al fine di evitare un'eventuale rotazione della guida chirurgica rispetto al baricentro.

Mantenere in sede al massimo due o tre montatori (a seconda del numero degli impianti da inserire) per non generare eccessive tensioni nella guida chirurgica.

POSIZIONAMENTO IMPIANTI



Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE

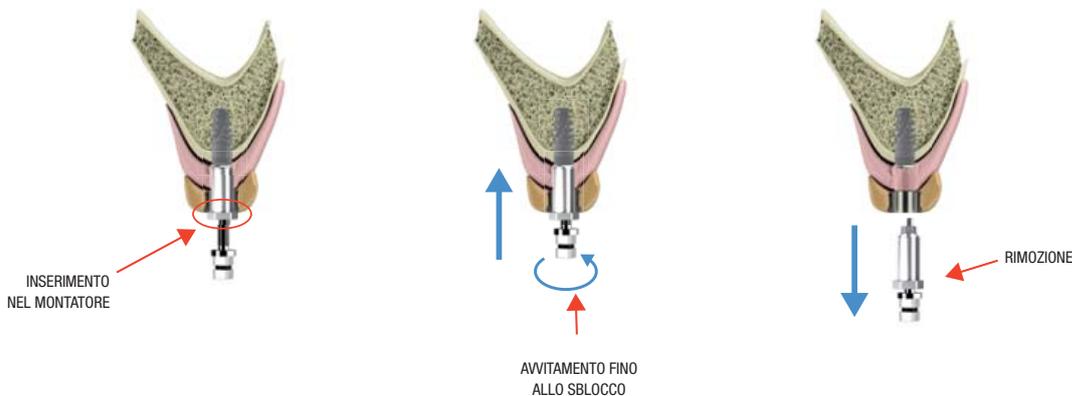


RIMOZIONE DELLA GUIDA

Al termine della fase di inserimento rimuovere come prima cosa i **PIN** di fissaggio (se presenti); se la rimozione risulta difficoltosa utilizzare l'estrattore **E-PIN**: ingaggiarlo nel filetto posteriore del **PIN** ed avvitare manualmente fino a giungere a contatto con la guida, avvitare ulteriormente fino ad avvertire lo sblocco del **PIN** quindi sfilare estrattore e **PIN** assieme.

Una volta tolti tutti i **PIN** procedere all'estrazione dei montatori. Svitare innanzitutto la vite di connessione tra impianto e montatore, utilizzando gli strumenti indicati in precedenza (cacciaviti manuali **SKI-13R**, **SKI-N**, **SKI-P**). Rimuovere la vite ed infilare l'estrattore **ESG**, avvintandolo nella filettatura superiore del montatore (utilizzare eventualmente l'avvitatore **SM-01**); avvitare fino ad avvertire lo sblocco del montatore dall'impianto, quindi rimuovere l'estrattore assieme al montatore. Svitare l'estrattore e riutilizzarlo per tutti gli altri montatori ancora presenti. Una volta estratti tutti i montatori rimasti, rimuovere delicatamente la guida chirurgica. Verificare la possibilità di un corretto accoppiamento della componentistica protesica, eliminando eventualmente eccessi di tessuto molle e ceste ossee residue che possono interferire con il montaggio dei componenti protesici.

RIMOZIONE DEL MONTATORE



Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE

RIEPILOGO

PROGRESSIVE 3,5

MUCOTOMO



CMUG-415

CRESTALE



SFC-415

PREPARATRICE



FPS-415 + STOP

FINALE



SFSG + STOP

MASCHIATORE*



MPG3,5

IMPIANTO



PROGRESSIVE 3,5 + TRNIG-S

PROGRESSIVE 4

MUCOTOMO



CMUG-415

CRESTALE



SFC-415

PREPARATRICE



FPS-415 + STOP

INTERMEDIA



SFSG + STOP

FINALE



SFMG + STOP

MASCHIATORE*



MPG4

IMPIANTO



PROGRESSIVE 4 + TRNIG-S

Protocollo Clinico Impianti PROGRESSIVE

RIEPILOGO

PROGRESSIVE 4,5

MUCOTOMO



CMUG-550

CRESTALE



SFC-550

PREPARATRICE



FPS-415 + BG-550

INTERMEDIA



SFSG + BG-550

FINALE



SFMG + BG-550

MASCHIATORE*



MPG4,5

IMPIANTO



PROGRESSIVE 4,5
+ TRNIG-L

PROGRESSIVE 5

MUCOTOMO



CMUG-550

CRESTALE



SFC-550

PREPARATRICE



FPS-550

INTERMEDIA



SFSG + BG-550

INTERMEDIA



SFMG + BG-550

FINALE



SFLG

MASCHIATORE*



MPG5

IMPIANTO



PROGRESSIVE5
+ TRNIG-L

* DA UTILIZZARE IN CASO DI OSSO DURO MANDIBOLARE

Protocollo Clinico Impianti Conici

IMPIANTO	MISURA	BOCCOLA	MONTATORE	MUCOTOMO		CRESTALE		PREPARATRICE DI SPALLA		FRESE INTERMEDIE/FINALI													
				CMIUG-415	CMIUG-550	SFC-415	SFC-550	FPS-415	FPS-550	SMALL					MEDIUM								
										SFSG-8,5	SFSG-10	SFSG-11,5	SFSG-13	SFSG-14,5	SFMG-8,5	SFMG-10	SFMG-11,5	SFMG-13	SFMG-14,5				
TIBc/TIBc-BL	3,5x10	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓			✓												
TIBc/TIBc-BL	3,5x11,5	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓				✓											
TIBc/TIBc-BL	3,5x13	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓					✓										
TIBc/TIBc-BL	3,5x14,5	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓						✓									
TIDc/TIDc-BL	4,0x8,5	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓		✓						✓							
TIDc/TIDc-BL	4,0x10	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓			✓						✓						
TIDc/TIDc-BL	4,0x11,5	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓				✓						✓					
TIDc/TIDc-BL	4,0x13	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓					✓							✓			
TIDc/TIDc-BL	4,0x14,5	BD-415	TRNIG-S	✓		✓		✓						✓								✓	
TILc/TILc-BL	4,5x8,5	BD-550	TRNIG-L		✓		✓	✓*		✓*						✓*							
TILc/TILc-BL	4,5x10	BD-550	TRNIG-L		✓		✓	✓*			✓*						✓*						
TILc/TILc-BL	4,5x11,5	BD-550	TRNIG-L		✓		✓	✓*				✓*						✓*					
TILc/TILc-BL	4,5x13	BD-550	TRNIG-L		✓		✓	✓*					✓*							✓*			
TILc/TILc-BL	4,5x14,5	BD-550	TRNIG-L		✓		✓	✓*						✓*								✓*	

* utilizzare con camicie BG-550

Protocollo Clinico Impianti Conici

CMUG-415



TIBc/TIBc-BL
TIDc/TIDc-BL

CMUG-550



TIDc/TIDc-BL

MUCOTOMI (CMUG-415; CMUG-550)

Utilizzare il mucotomo **CMUG-415** in caso di impianti **TIBc/TIBc-BL/TIDc/TIDc-BL**, il mucotomo **CMUG-550** con gli impianti **TILc/TILc-BL** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).
Praticare la mucotomia inserendo lo strumento attraverso le boccole della guida chirurgica fino a percepire il contatto del mucotomo con la cresta ossea. E' possibile rimuovere la porzione di tessuto molle attraverso la boccola con un apposito scollatore.

SFC-415



TIBc/TIBc-BL
TIDc/TIDc-BL

SFC-550

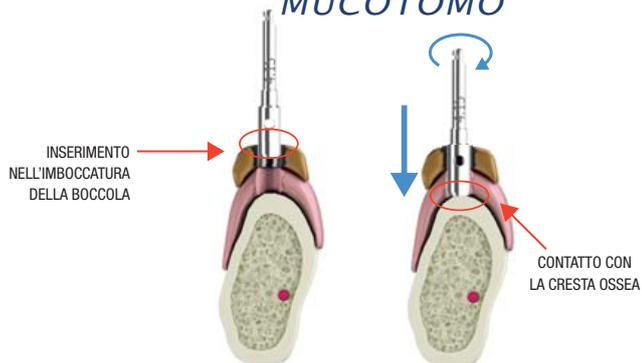


TILc/TILc-BL

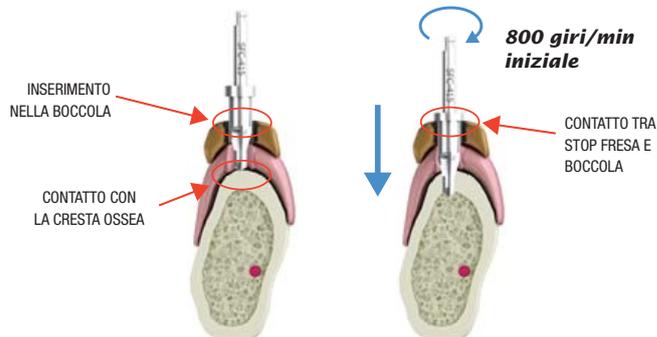
FRESE CRESTALI (SFC-415; SFC-550)

Utilizzare la fresa **SFC-415** in caso di impianti **TIBc/TIBc-BL/TIDc/TIDc-BL**, la fresa **SFC-550** con gli impianti **TILc/TILc-BL** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).
Verificare la completa rimozione del cerne mucoso prima di procedere con la fresatura del sito implantare ed irrorare abbondantemente per evitare la presenza di tessuto mucoso all'interno del sito implantare. Porre particolare attenzione nell'inserimento della punta di questa fresa (perfettamente in asse con la boccola) in quanto responsabile della direzione principale di inserimento delle frese successive.
Inserire la fresa attraverso la boccola A MOTORE FERMO fino a percepire il contatto della punta con l'osso, verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola, poi iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.

MUCOTOMO



FRESA CRESTALE



Protocollo Clinico Impianti Conici



FPS-415

TIBc/TIBc-BL
TIDc/TIDc-BL

FRESE PREPARATRICI DI SPALLA (FPS-415; FPS-550)

Utilizzare la fresa **FPS-415** in caso di impianti **TIBc/TIBc-BL/TIDc/TIDc-BL**; in caso di impianti **TILc/TILc-BL**, utilizzare la fresa **FPS-415** usando l'accorgimento di svitare la rondella di stop (filetto inverso) e di montare la camicia **BG-550** (che permette di usare la fresa **FPS-415** con le boccole di misura maggiore).

Fare riferimento allo schema alle pagine precedenti.

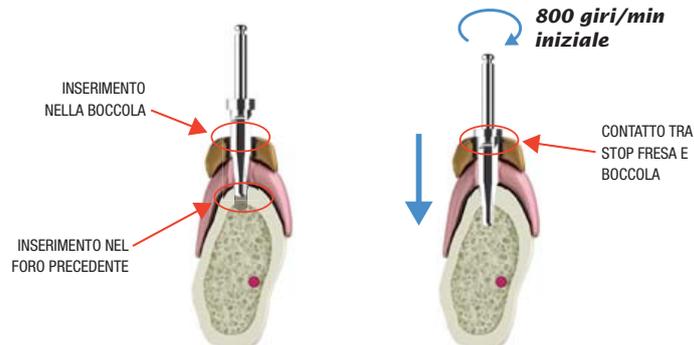
Inserire la fresa nella boccola della guida chirurgica A MOTORE FERMO fino a percepire l'inserimento della punta della fresa nel foro preparato nell'osso dal passaggio della fresa precedente e verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola (DOPPIA GUIDA: della punta nel foro precedente e del corpo cilindrico nella boccola). Iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.



FPS-415 + BG-550

TILc/TILc-BL

FRESA PREPARATRICE DI SPALLA



Protocollo Clinico Impianti Conici



TIBc/TIBc-BL (F)
TIDc/TIDc-BL (I)



TIDc/TIDc-BL (F)



TILc/TILc-BL (I)



TILc/TILc-BL (F)

FRESE INTERMEDIE/FINALI (SFSG; SFMG; SFLG)

TIBc/TIBc-BL – Utilizzare la fresa **SFSG** (gommino giallo) - dell'altezza corrispondente all'altezza dell'impianto - come fresa finale subito dopo l'utilizzo della precedente fresa preparatrice **FPS-415**.

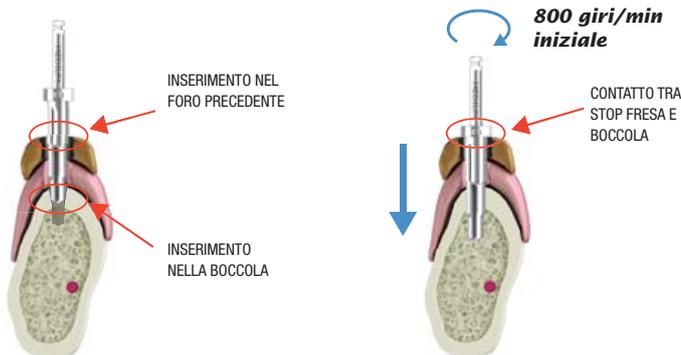
TIDc/TIDc-BL – Utilizzare la fresa **SFSG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa intermedia dopo la fresa FPS-415; utilizzare la fresa **SFMG** (gommino verde) dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale.

TILc/TILc-BL – Utilizzare la fresa **SFSG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa intermedia subito dopo la fresa **FPS-415** con l'accorgimento di sostituire l'anello di stop con la camicia **BG-550**. Utilizzare successivamente la fresa **SFMG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale, con l'accorgimento di sostituire l'anello di stop con la camicia **BG-550**.

Fare riferimento allo schema alle pagine precedenti.

Inserire la fresa nella boccola della guida chirurgica A MOTORE FERMO fino a percepire l'inserimento della punta della fresa nel foro preparato nell'osso dal passaggio della fresa precedente e verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola (DOPPIA GUIDA: della punta nel foro precedente e del corpo cilindrico nella boccola). Iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.

FRESE INTERMEDIE/FINALI



Nota: (F) = FRESA FINALE - (I) = FRESA INTERMEDIA

Protocollo Clinico Impianti Conici



POSIZIONAMENTO GUIDATO DELL'IMPIANTO

Una volta creato il sito implantare, procedere al posizionamento dell'impianto utilizzando l'apposito montatore: per **TIBc/TIBc-BL/TIDc/TIDc-BL** utilizzare il montatore **TRNIG-S**; per **TILc/TILc-BL** utilizzare il montatore **TRNIG-L** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).

Ingiaggiare il montatore sull'impianto ed avvitare la vite di connessione mediante cacciavite manuale (**SKI-13R**; **SKI-N**; **SKI-P**).

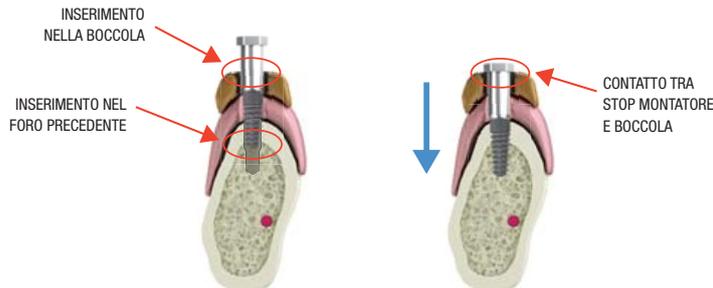
Inserire l'impianto fino a fine corsa attraverso la cannula guida mediante il connettore quadro da manipolo (**SHG-5**; **SHG-12**) o per chiave dinamometrica (**SIG-3**; **SIG-8**) [Max 50 Ncm, da utilizzare con chiave dinamometrica **ST-D-100**]. I connettori quadro **SIG-3/SIG-8** sono funzionali anche all'impiego della chiave manuale **SG-00**. In caso di difficoltà di posizionamento dovuta ad eccessivo torque di inserimento degli impianti provvedere alla rimozione dell'impianto e alla preparazione con fresa di diametro maggiore o maschiatura con strumento dedicato a seconda del sito chirurgico.

In caso di utilizzo di abutment angolati è importante che l'esagono presente in corrispondenza della fine del montatore si allinei al profilo esagonale della cannula inserita nella guida chirurgica.

Mantenere il montatore in posizione mentre si passa all'inserimento dell'impianto successivo (per aumentare la stabilità della guida chirurgica). In caso di impianti multipli si suggerisce di procedere all'inserimento di impianti alternando il sito destro con il sito sinistro al fine di evitare un'eventuale rotazione della guida chirurgica rispetto al baricentro.

Mantenere in sede al massimo due o tre montatori (a seconda del numero degli impianti da inserire) per non generare eccessive tensioni nella guida chirurgica.

POSIZIONAMENTO IMPIANTI



Protocollo Clinico Impianti Conici

E-PIN



ESG

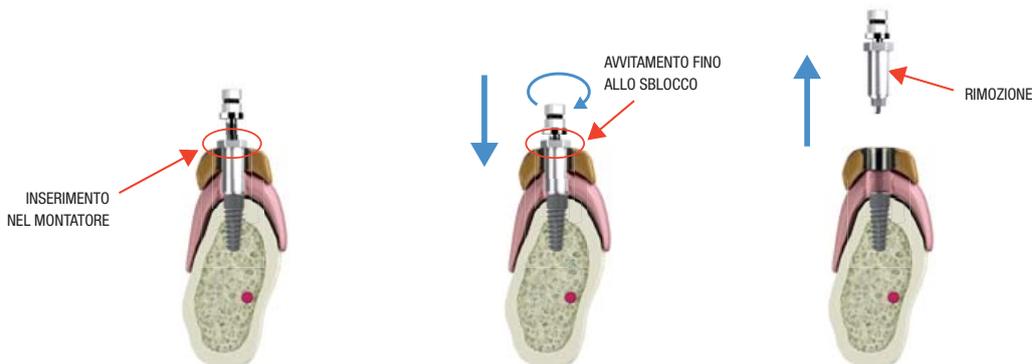


RIMOZIONE DELLA GUIDA

Al termine della fase di inserimento rimuovere come prima cosa i **PIN** di fissaggio (se presenti); se la rimozione risulta difficoltosa utilizzare l'estrattore **E-PIN**: ingagiarlo nel filetto posteriore del **PIN** ed avvitare manualmente fino a giungere a contatto con la guida, avvitare ulteriormente fino ad avvertire lo sblocco del **PIN** quindi sfilare estrattore e **PIN** assieme.

Una volta tolti tutti i **PIN** procedere all'estrazione dei montatori. Svitare innanzitutto la vite di connessione tra impianto e montatore, utilizzando gli strumenti indicati in precedenza (cacciaviti manuali **SKI-13R**, **SKI-N**, **SKI-P**). Rimuovere la vite ed infilare l'estrattore **ESG**, avvitandolo nella filettatura superiore del montatore (utilizzare eventualmente l'avvitatore **SM-01**); avvitare fino ad avvertire lo sblocco del montatore dall'impianto, quindi rimuovere l'estrattore assieme al montatore. Svitare l'estrattore e riutilizzarlo per tutti gli altri montatori ancora presenti. Una volta estratti tutti i montatori rimasti, rimuovere delicatamente la guida chirurgica. Verificare la possibilità di un corretto accoppiamento della componentistica protesica, eliminando eventualmente eccessi di tessuto molle e ceste ossee residue che possono interferire con il montaggio dei componenti protesici.

RIMOZIONE DEL MONTATORE



Protocollo Clinico Impianti Conici

RIEPILOGO

TIBc/TIBc-BL

MUCOTOMO



CMUG-415

CRESTALE



SFC-415

PREPARATRICE



FPS-415 + STOP

FINALE



SFSG + STOP

IMPIANTO



TIBc/TIBc-BL + TRNIG-S

TIDc/TIDc-BL

MUCOTOMO



CMUG-415

CRESTALE



SFC-415

PREPARATRICE



FPS-415 + STOP

INTERMEDIA



SFSG + STOP

FINALE



SFMG + STOP

IMPIANTO



TIDc/TIDc-BL + TRNIG-S

Protocollo Clinico Impianti Conici

RIEPILOGO

TILc/TILc-BL

MUCOTOMO



CMUG-550

CRESTALE



SFC-550

PREPARATRICE



FPS-415 + BG-550

INTERMEDIA



SFSG + BG-550

FINALE



SFMG + BG-550

IMPIANTO



TILc/TILc-BL
+ TRNIG-L

Protocollo Clinico Impianti TIZ

IMPIANTO	MISURA	BOCCOLA	MONTATORE	MUCOTOMO		CRESTALE		FRESE FINALI			
				CMUG-415	CMUG-550	SFC-415	SFC-550	TIZ			
								SFZG-10	SFZG-11,5	SFZG-13	SFZG-14,5
TIZ	3,0x10	BD-415	TRZIG-S	✓		✓		✓			
TIZ	3,0x11,5	BD-415	TRZIG-S	✓		✓			✓		
TIZ	3,0x13	BD-415	TRZIG-S	✓		✓				✓	
TIZ	3,0x14,5	BD-415	TRZIG-S	✓		✓					✓

Protocollo Clinico Impianti TIZ

CMUG-415



MUCOTOMI (CMUG-415)

Utilizzare il mucotomo **CMUG-415** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).
Praticare la mucotomia inserendo lo strumento attraverso le boccole della guida chirurgica fino a percepire il contatto del mucotomo con la cresta ossea. E' possibile rimuovere la porzione di tessuto molle attraverso la boccola con un apposito scollatore.

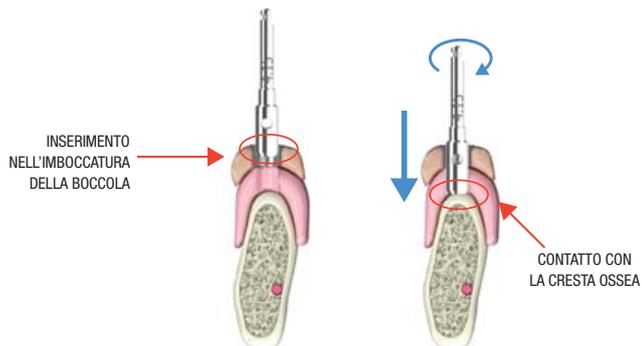
SFC-415



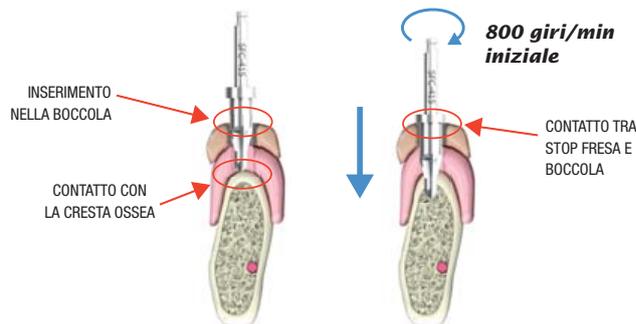
FRESE CRESTALI (SFC-415)

Utilizzare la fresa **SFC-415** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).
Verificare la completa rimozione del cerchione mucoso prima di procedere con la fresatura del sito implantare ed irrorare abbondantemente per evitare la presenza di tessuto mucoso all'interno del sito implantare. Porre particolare attenzione nell'inserimento della punta di questa fresa (perfettamente in asse con la boccola) in quanto responsabile della direzione principale di inserimento delle frese successive.
Inserire la fresa attraverso la boccola A MOTORE FERMO fino a percepire il contatto della punta con l'osso, verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola, poi iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.

MUCOTOMO



FRESA CRESTALE



Protocollo Clinico Impianti TIZ

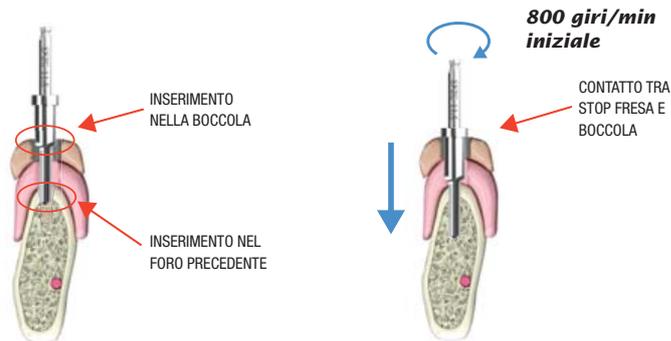


FRESE FINALI (SFZG)

Utilizzare la fresa **SFZG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale subito dopo la fresa **SFC-415** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).

Inserire la fresa nella boccola della guida chirurgica A MOTORE FERMO fino a percepire l'inserimento della punta della fresa nel foro preparato nell'osso dal passaggio della fresa precedente e verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola (DOPPIA GUIDA: della punta nel foro precedente e del corpo cilindrico nella boccola). Iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.

FRESE FINALI



Protocollo Clinico Impianti TIZ

TRZIG-S



POSIZIONAMENTO GUIDATO DELL'IMPIANTO

Una volta creato il sito implantare, procedere al posizionamento dell'impianto utilizzando l'apposito montatore **TRZIG-S** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).

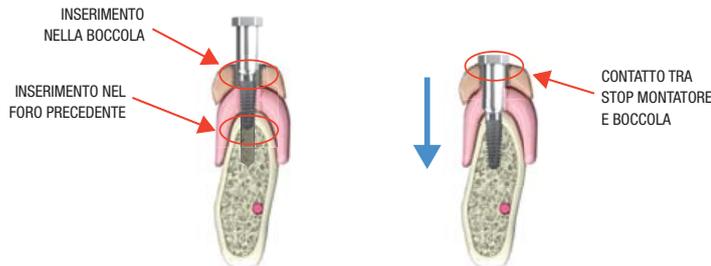
Ingaggiare il montatore sull'impianto ed avvitare la vite di connessione mediante cacciavite manuale (**SKI-10**; **SKI-13R**; **SKI-N**; **SKI-P**).

Inserire l'impianto fino a fine corsa attraverso la cannula guida mediante il connettore quadro da manopola (**SHG-5**; **SHG-12**) o per chiave dinamometrica (**SIG-3**; **SIG-8**) [Max 50 Ncm, da utilizzare con chiave dinamometrica **ST-D-100**]. I connettori quadro **SIG-3/SIG-8** sono funzionali anche all'impiego della chiave manuale **SG-00**. In caso di difficoltà di posizionamento dovuta ad eccessivo torque di inserimento degli impianti provvedere alla rimozione dell'impianto e alla preparazione con fresa di diametro maggiore o maschiatura con strumento dedicato a seconda del sito chirurgico.

In caso di utilizzo di abutment angolati è importante che l'esagono presente in corrispondenza della fine del montatore si allinei al profilo esagonale della cannula inserita nella guida chirurgica. Mantenere il montatore in posizione mentre si passa all'inserimento dell'impianto successivo (per aumentare la stabilità della guida chirurgica). In caso di impianti multipli si suggerisce di procedere all'inserimento di impianti alternando il sito destro con il sito sinistro al fine di evitare un'eventuale rotazione della guida chirurgica rispetto al baricentro.

Mantenere in sede al massimo due o tre montatori (a seconda del numero degli impianti da inserire) per non generare eccessive tensioni nella guida chirurgica.

POSIZIONAMENTO IMPIANTI



Protocollo Clinico Impianti TIZ

E-PIN



ESG

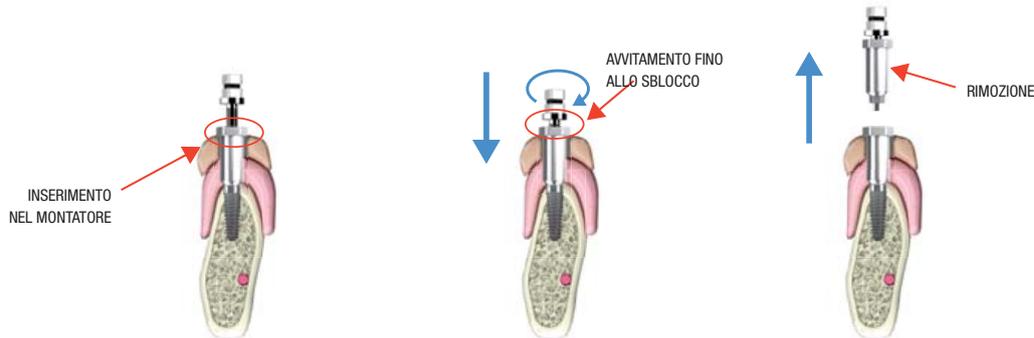


RIMOZIONE DELLA GUIDA

Al termine della fase di inserimento rimuovere come prima cosa i **PIN** di fissaggio (se presenti); se la rimozione risulta difficoltosa utilizzare l'estrattore **E-PIN**: ingaggiarlo nel filetto posteriore del **PIN** ed avvitare manualmente fino a giungere a contatto con la guida, avvitare ulteriormente fino ad avvertire lo sblocco del **PIN** quindi sfilare estrattore e **PIN** assieme.

Una volta tolti tutti i **PIN** procedere all'estrazione dei montatori. Svitare innanzitutto la vite di connessione tra impianto e montatore, utilizzando gli strumenti indicati in precedenza (cacciaviti manuali **SKI-13R**, **SKI-N**, **SKI-P**). Rimuovere la vite ed infilare l'estrattore **ESG**, avvintandolo nella filettatura superiore del montatore (utilizzare eventualmente l'avvitatore **SM-01**); avvitare fino ad avvertire lo sblocco del montatore dall'impianto, quindi rimuovere l'estrattore assieme al montatore. Svitare l'estrattore e riutilizzarlo per tutti gli altri montatori ancora presenti. Una volta estratti tutti i montatori rimasti, rimuovere delicatamente la guida chirurgica. Verificare la possibilità di un corretto accoppiamento della componentistica protesica, eliminando eventualmente eccessi di tessuto molle e ceste ossee residue che possono interferire con il montaggio dei componenti protesici.

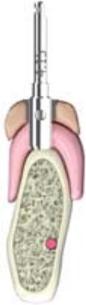
RIMOZIONE DEL MONTATORE



Protocollo Clinico Impianti TIZ *RIEPILOGO*

TIZ

MUCOTOMO



CMUG-415

CRESTALE



SFC-415

FINALE



SFZG

IMPIANTO



TIZ + TRZIG-S

Protocollo Clinico Impianti SHORT

TIPOLOGIA OSSEA	IMPIANTO	MISURA	BOCCOLA	MONTATORE	MUCOTOMO		CRESTALE		FRESE INTERMEDIE/FINALI									
					CMUG-415	CMUG-550	SFC-415	SFC-550	INTERMEDIA			SHORT Ø 4,25			SHORT Ø 5,0			
									SF32G-5	SF32G-6	SF32G-7	SFDG-5	SFDG-6	SFDG-7	SFCG-5	SFCG-6	SFCG-7	
BASSO	TID-SHORT	4,25x5	BD-550	TRNIG-L		✓		✓	✓			✓						
BASSO	TID-SHORT	4,25x6	BD-550	TRNIG-L		✓		✓		✓			✓					
BASSO	TID-SHORT	4,25x7	BD-550	TRNIG-L		✓		✓			✓			✓				
BASSO	TIC-SHORT	5,0x5	BD-550	TRNIG-L		✓		✓	✓							✓		
BASSO	TIC-SHORT	5,0x6	BD-550	TRNIG-L		✓		✓		✓							✓	
BASSO	TIC-SHORT	5,0x7	BD-550	TRNIG-L		✓		✓			✓							✓

Protocollo Clinico Impianti SHORT

CMUG-550



MUCOTOMI (CMUG-550)

Utilizzare il mucotomo il mucotomo **CMUG-550** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).
Praticare la mucotomia inserendo lo strumento attraverso le boccole della guida chirurgica fino a percepire il contatto del mucotomo con la cresta ossea. E' possibile rimuovere la porzione di tessuto molle attraverso la boccola con un apposito scollatore.

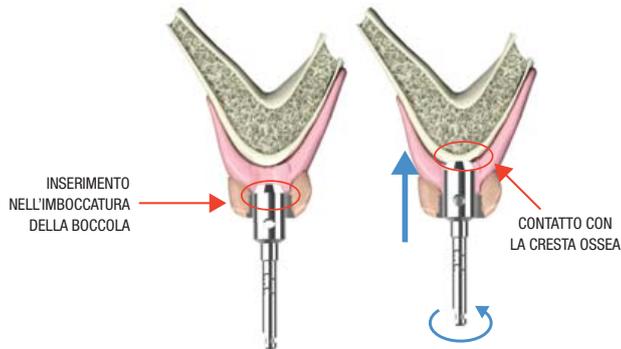
SFC-550



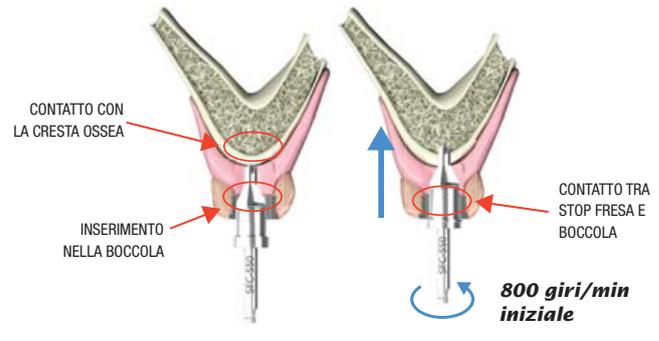
FRESE CRESTALI (SFC-550)

Utilizzare la fresa **SFC-550** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).
Verificare la completa rimozione del cerchione mucoso prima di procedere con la fresatura del sito implantare ed irrorare abbondantemente per evitare la presenza di tessuto mucoso all'interno del sito implantare. Porre particolare attenzione nell'inserimento della punta di questa fresa (perfettamente in asse con la boccola) in quanto responsabile della direzione principale di inserimento delle frese successive.
Inserire la fresa attraverso la boccola A MOTORE FERMO fino a percepire il contatto della punta con l'osso, verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola, poi iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.

MUCOTOMO



FRESA CRESTALE



Protocollo Clinico Impianti SHORT

FRESE INTERMEDIE/FINALI (SF32G; SFDG; SFCG)

TID-SHORT – Utilizzare la fresa **SF32G** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa intermedia dopo la fresa SFC-550; utilizzare la fresa **SFDG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale.

TIC-SHORT – Utilizzare la fresa **SF32G** dell'altezza corrispondente all'impianto come prima fresa intermedia subito dopo la fresa **SFC-550**. Utilizzare successivamente la fresa **SFDG** dell'altezza corrispondente all'impianto come seconda fresa intermedia. Infine, utilizzare la fresa **SFCG** dell'altezza corrispondente all'impianto come fresa finale. (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).

Inserire la fresa nella boccola della guida chirurgica A MOTORE FERMO fino a percepire l'inserimento della punta della fresa nel foro preparato nell'osso dal passaggio della fresa precedente e verificare il contemporaneo ingaggio della parte cilindrica della fresa nella boccola (DOPPIA GUIDA: della punta nel foro precedente e del corpo cilindrico nella boccola). Iniziare la fase di fresaggio a basso numero di giri (800 giri/min). Procedere fino al contatto dello stop della fresa con il bordo della boccola.



TID-SHORT (F)
TIC-SHORT (F)

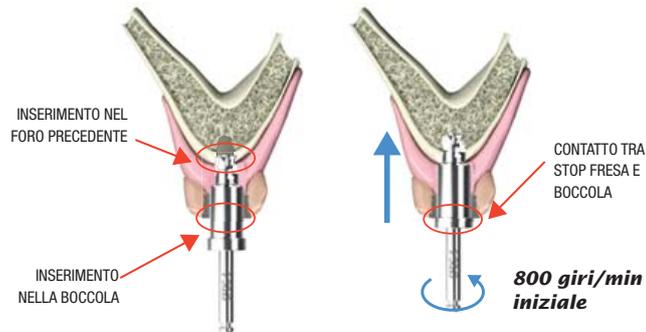


TID-SHORT (F)
TIC-SHORT (I)



TIC-SHORT (F)

FRESE INTERMEDIE/FINALI



Nota: (F) = FRESA FINALE - (I) = FRESA INTERMEDIA

Protocollo Clinico Impianti SHORT



POSIZIONAMENTO GUIDATO DELL'IMPIANTO

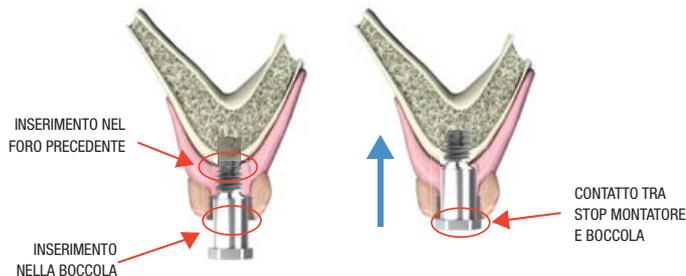
Una volta creato il sito implantare, procedere al posizionamento dell'impianto utilizzando l'apposito montatore **TRNIG-L** (fare riferimento allo schema alle pagine precedenti).

Ingaggiare il montatore sull'impianto ed avvitare la vite di connessione mediante cacciavite manuale (**SKI-13R**; **SKI-N**; **SKI-P**).

Inserire l'impianto fino a fine corsa attraverso la cannula guida mediante il connettore quadro da manopola (**SHG-5**; **SHG-12**) o per chiave dinamometrica (**SIG-3**; **SIG-8**) [Max 50 Ncm, da utilizzare con chiave dinamometrica **ST-D-100**]. I connettori quadro **SIG-3/SIG-8** sono funzionali anche all'impiego della chiave manuale **SG-00**. In caso di difficoltà di posizionamento dovuta ad eccessivo torque di inserimento degli impianti provvedere alla rimozione dell'impianto e alla preparazione con fresa di diametro maggiore o maschiatura con strumento dedicato a seconda del sito chirurgico.

In caso di utilizzo di abutment angolati è importante che l'esagono presente in corrispondenza della fine del montatore si allinei al profilo esagonale della cannula inserita nella guida chirurgica. Mantenere il montatore in posizione mentre si passa all'inserimento dell'impianto successivo (per aumentare la stabilità della guida chirurgica). In caso di impianti multipli si suggerisce di procedere all'inserimento di impianti alternando il sito destro con il sito sinistro al fine di evitare un'eventuale rotazione della guida chirurgica rispetto al baricentro. Mantenere in sede al massimo due o tre montatori (a seconda del numero degli impianti da inserire) per non generare eccessive tensioni nella guida chirurgica.

POSIZIONAMENTO IMPIANTI



Protocollo Clinico Impianti SHORT

E-PIN



ESG

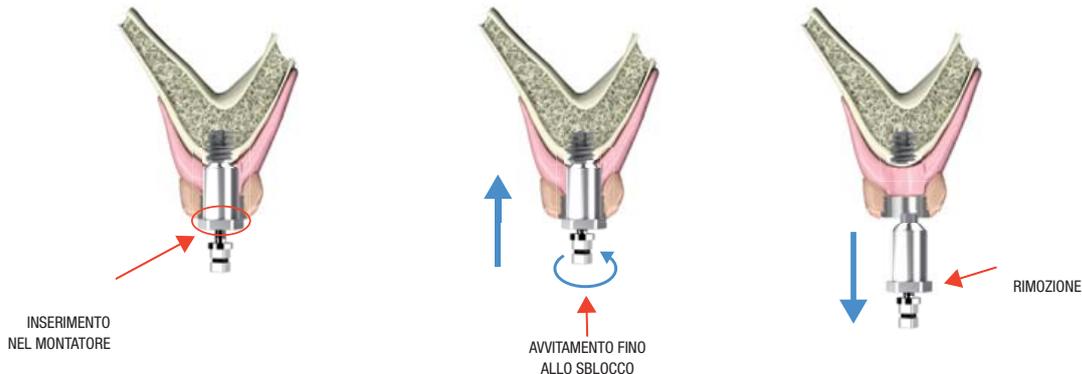


RIMOZIONE DELLA GUIDA

Al termine della fase di inserimento rimuovere come prima cosa i **PIN** di fissaggio (se presenti); se la rimozione risulta difficoltosa utilizzare l'estrattore **E-PIN**: ingaggiarlo nel filetto posteriore del **PIN** ed avvitare manualmente fino a giungere a contatto con la guida, avvitare ulteriormente fino ad avvertire lo sblocco del **PIN** quindi sfilare estrattore e **PIN** assieme.

Una volta tolti tutti i **PIN** procedere all'estrazione dei montatori. Svitare innanzitutto la vite di connessione tra impianto e montatore, utilizzando gli strumenti indicati in precedenza (cacciaviti manuali **SKI-13R**, **SKI-N**, **SKI-P**). Rimuovere la vite ed infilare l'estrattore **ESG**, avvintandolo nella filettatura superiore del montatore (utilizzare eventualmente l'avvitatore **SM-01**); avvitare fino ad avvertire lo sblocco del montatore dall'impianto, quindi rimuovere l'estrattore assieme al montatore. Svitare l'estrattore e riutilizzarlo per tutti gli altri montatori ancora presenti. Una volta estratti tutti i montatori rimasti, rimuovere delicatamente la guida chirurgica. Verificare la possibilità di un corretto accoppiamento della componentistica protesica, eliminando eventualmente eccessi di tessuto molle e ceste ossee residue che possono interferire con il montaggio dei componenti protesici.

RIMOZIONE DEL MONTATORE



Protocollo Clinico Impianti SHORT

RIEPILOGO

TID-SHORT

MUCOTOMO



CMUG-550

CRESTALE



SFC-550

INTERMEDIA



SF32G

FINALE



SFDG

IMPIANTO



TID-SHORT + TRNIG-L

TIC-SHORT

MUCOTOMO



CMUG-550

CRESTALE



SFC-550

INTERMEDIA



SF32G

INTERMEDIA



SFDG

FINALE



SFCG

IMPIANTO



TIC-SHORT + TRNIG-L

CONDIZIONI DI VENDITA

ASSISTENZA GENERALE:

Da Lunedì a Venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00 (salvo giorni festivi)

Tel.: +39 049 8629612

Fax: +39 049 8629816

Per informazioni relative a gestione ordini, spedizioni e fatturazione: amministrazione@isomed.it

SPEDIZIONE DEI PRODOTTI:

La spedizione viene effettuata con corriere (selezionato da ISOMED s.r.l.) standard o espresso con spese a carico del Cliente.

Il materiale sarà inviato con imballaggio di protezione, al fine di evitare danni durante il trasporto. ISOMED s.r.l. non sarà responsabile per errori di consegna dovuti a inesattezze o incompletezze nella compilazione dell'ordine d'acquisto da parte del Cliente. In caso di mancata consegna per cause imputabili al Cliente il re-invio sarà effettuato a spese di quest'ultimo.

RICEVIMENTO DEI PRODOTTI:

Al momento della consegna dei prodotti al Cliente da parte del vettore incaricato del loro trasporto, il Cliente dovrà controllare, alla presenza del vettore, che l'imballaggio utilizzato per il trasporto risulti integro, non danneggiato, inumidito o comunque alterato, anche solo nei materiali di confezionamento. Eventuali anomalie dovranno essere contestate immediatamente al vettore accettando la consegna con riserva.

Il Cliente dovrà poi controllare che la quantità e la tipologia dei prodotti ordinati corrispondano a quanto indicato nel documento al trasporto; eventuali discrepanze dovranno essere immediatamente segnalate via email a: amministrazione@isomed.it.

Non saranno accettati reclami sui prodotti consegnati trascorse 24 ore dal ricevimento degli stessi.

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Per ciascun ordine viene richiesto il pagamento:

- con bonifico bancario anticipato
- in contrassegno con pagamento all'atto della consegna da parte del corriere (modalità applicabile solo per ordini di articoli che vengono manualmente spediti)

Particolari condizioni di pagamento possono essere accordate nel caso di collaborazione continuativa (ad esempio, un'unica fatturazione a fine mese e pagamento tramite Ricevuta Bancaria 30 gg fm), previa discussione e accordo con il Responsabile Commerciale ISOMED. Infine, sono disponibili condizioni di finanziamento in funzione delle singole offerte (da discutere con il Responsabile Commerciale ISOMED).



Via G. Mameli, 50/52
35020 Albignasego (Pd) Italy
tel. +39 049 8629612
fax +39 049 8629816
www.isomed.it
info@isomed.it