

R.I.P.O.

Registro della Implantologia Protesica Ortopedica ANCA

Ospedale: _____ Reparto / Divisione: _____

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita: _____

Comune di nascita (o Stato estero): _____ Provincia: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: _____

n° nosologico/progressivo: n° 2012 / _____ Data dimissione Ospedaliera: _____

oppure

Data ricovero: _____ Data trasferimento da Ortopedia ad altro Reparto: _____

Altezza: cm _____ Peso: Kg _____

Stato generale:

- Un'anca affetta, nessun'altra patologia invalidante
- Entrambe le anche affette, nessun'altra patologia invalidante
- Una o entrambe le anche affette; coesistono altre patologie che limitano la capacità deambulatoria

Anamnesi

Il paziente è già portatore di protesi d'anca?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, anca DX	<input type="checkbox"/> SI, anca SN
	Operato nell'anno: _____	Operato nell'anno: _____
	Operato nella Regione: <input type="checkbox"/> Emilia Romagna <input type="checkbox"/> Altra Regione Ospedale: _____	Operato nella Regione: <input type="checkbox"/> Emilia Romagna <input type="checkbox"/> Altra Regione Ospedale: _____
	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Artroprotesi primaria <input type="checkbox"/> Endoprotesi <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Espianto	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Artroprotesi primaria <input type="checkbox"/> Endoprotesi <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Espianto

* * *

Le schede devono essere compilate in stampatello.

Per chiarimenti o proposte di modifiche contattare le Dott.sse Susanna Stea o Barbara Bordini al 051-6366880.

E-mail: susanna.stea@ior.it, barbara.bordini@ior.it

Versione n. 7, del Gennaio 2012

Pag. 1 di 5

Dati intervento

Chirurgo: _____ Data: _____

Lato Destro Sinistro

Già protesizzato controlateralmente: SI NO

Tipo intervento:

<input type="checkbox"/> Artroprotesi primaria	<input type="checkbox"/> Reimpianto totale oppure	<input type="checkbox"/> Espianto senza spaziatore	<input type="checkbox"/> Endoprotesi	<input type="checkbox"/> Pulizia chir
<input type="checkbox"/> Protesi di rivestimento	<input type="checkbox"/> Reimpianto stelo	<input type="checkbox"/> Espianto con spaziatore	<input type="checkbox"/> Riduz. luss.	<input type="checkbox"/> Asport. ossif.
	<input type="checkbox"/> Reimpianto cotile		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	_____
	<input type="checkbox"/> Reimpianto testina			
	<input type="checkbox"/> Reimpianto inserto			
	<input type="checkbox"/> Reimpianto collo			
	Modello protesi rimossa:			

Diagnosi:

se Protesi primaria	se Reimpianto o Espianto
<input type="checkbox"/> Coxartrosi primitiva	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica totale
<input type="checkbox"/> Esito LCA	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica cotile
<input type="checkbox"/> Esito DCA	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica stelo
<input type="checkbox"/> Esito Perthes	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione settica
<input type="checkbox"/> Esito epifisiolisi	<input type="checkbox"/> Lussazione artroprotesi
<input type="checkbox"/> Necrosi idiopatica testa	<input type="checkbox"/> Frattura ossea
<input type="checkbox"/> Necrosi post-traumatica	<input type="checkbox"/> Rottura protesi (spec. componente)
<input type="checkbox"/> Frattura collo femore
<input type="checkbox"/> Esito frattura collo femore
<input type="checkbox"/> Artrosi post-traumatica	<input type="checkbox"/> Dolore senza mobilizzazione
<input type="checkbox"/> Artriti reumatiche	<input type="checkbox"/> Esito espianto
<input type="checkbox"/> Esiti coxite settica	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione stelo endoprotesi
<input type="checkbox"/> Esiti coxite TBC	<input type="checkbox"/> Cotiloidite
<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> Lussazione endoprotesi
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Trattamento farmacologico:

Profilassi antibiotica:		
<input type="checkbox"/> Vancomicina (Vancocina)	<input type="checkbox"/> Cefamandolo (Mandokef, Cedol, Kezolin)	<input type="checkbox"/> Tobramicina (Nebicina)
<input type="checkbox"/> Teicoplanina (Targosid)	<input type="checkbox"/> Gentamicina (Gentalyn, Gentomil, Megental)	<input type="checkbox"/> Cefazolina (Totacef, Cefamezin)
<input type="checkbox"/> Ceftadizima (Glazydim)	<input type="checkbox"/> Levofloxacina (Levoxacin, Tavanic)	<input type="checkbox"/> Ampicillina (Amplital)
<input type="checkbox"/> Ceftizoxina (Eposerin)	<input type="checkbox"/> Cefepine (Cepimex, Maxipime)	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocefin)	<input type="checkbox"/> Cefotaxima (Claforan, Zariviz)
<input type="checkbox"/> Cefuroxina (Curoxim)	<input type="checkbox"/> Pefloxacina (Peflox)	

Modalità somministrazione antibiotici:	Profilassi antitromboembolica		
<input type="checkbox"/> Dosi multiple	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Dicumarolici	<input type="checkbox"/> Anticoagulanti orali
<input type="checkbox"/> Dose singola	<input type="checkbox"/> Eparine	<input type="checkbox"/> Antiaggreganti	<input type="checkbox"/>

Tecnica chirurgica:

Incisione chirurgica: <input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Laterale <input type="checkbox"/> Laterale con osteotomia trocanterica <input type="checkbox"/> Postero-laterale <input type="checkbox"/> Mini-invasiva <input type="checkbox"/> Altra (specificare) _____	Innesti ossei: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Acetabolari <input type="checkbox"/> Femorali <input type="checkbox"/> Entrambi	Anelli di rinforzo del cotile: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Nome commerciale: <input type="checkbox"/> Burch-Schneider - Sulzer <input type="checkbox"/> Ganz - Sulzer <input type="checkbox"/> Müller - Sulzer <input type="checkbox"/> Wagner - Sulzer <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
--	--	--

Complicazioni:

<p>Intraoperatorie:</p> <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Frattura calcareo <input type="checkbox"/> Frattura diafisi femorale <input type="checkbox"/> Frattura cotile <input type="checkbox"/> Complic. anestesilogiche <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<p>Postoperatorie locali:</p> <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Ematoma <input type="checkbox"/> Trombosi venosa profonda <input type="checkbox"/> Paralisi sciatico <input type="checkbox"/> Paralisi SPE <input type="checkbox"/> Paralisi crurale <input type="checkbox"/> Lussazione protesi <input type="checkbox"/> Infezione precoce <input type="checkbox"/> Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<p>Postoperatorie generali:</p> <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Embolia polmonare <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> Collasso cardiocircolatorio <input type="checkbox"/> Iperpiressia <input type="checkbox"/> Complicazioni gastrointestinali <input type="checkbox"/> Complicazioni urinarie <input type="checkbox"/> Decesso + <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ + Data decesso: _____
---	--	---

Le complicazioni sono state trattate chirurgicamente? NO SI Se si compilare anche la sezione "2° intervento" pag.5

Trasfusioni:	
<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Autologa, predeposito
<input type="checkbox"/> Autologa, da recupero intraoperatorio	<input type="checkbox"/> Omologa
<input type="checkbox"/> Autologa da recupero post-operatorio	

Cemento:

<p>Modo preparazione cemento:</p> <input type="checkbox"/> In tazza <input type="checkbox"/> Sotto vuoto		<p>Modalità inserimento cemento nel femore:</p> <input type="checkbox"/> Manuale <input type="checkbox"/> A pressione con siringa <input type="checkbox"/> Sotto vuoto	
<p>Etichetta cemento</p>	<p>Etichetta tappo endomidollare</p>	<p>Etichetta spaziatore per espianto</p>	
<p>Cementazione stelo:</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		<p>Cementazione cotile:</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	

Etichette protesi:

Etichetta cotile	Etichetta anelli di rinforzo
Etichetta inserto	Etichetta viti
Etichetta testina	Etichetta cupola
Etichetta collo	Etichetta inserto cupola
Etichetta stelo	Etichetta adattatore

Dati 2° intervento:

(Da compilare esclusivamente *se nel corso del medesimo ricovero* il paziente viene sottoposto ad un ulteriore intervento chirurgico sulla stessa anca)

Chirurgo: _____

Data: _____

Lato: Destro Sinistro

Diagnosi: _____

Tipo intervento:

<input type="checkbox"/> Reimpianto totale oppure <input type="checkbox"/> Reimpianto stelo <input type="checkbox"/> Reimpianto cotile <input type="checkbox"/> Reimpianto testina <input type="checkbox"/> Reimpianto inserto	<input type="checkbox"/> Espianto	Altri interventi <input type="checkbox"/> Pulizia chirurgica <input type="checkbox"/> Riduzione lussazione <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
---	-----------------------------------	---

Eventuali etichette 2° intervento

Etichetta cotile	Etichetta anelli di rinforzo
Etichetta inserto	Etichetta viti
Etichetta testina	Etichetta cupola
Etichetta collo	Etichetta inserto cupola
Etichetta stelo	Etichetta adattatore