

R.I.P.O.

Registro della Implantologia Protesica Ortopedica

GINOCCHIO

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° 20 _____ / _____

Data ricovero: _____ Data dimissione: _____

Altezza: cm _____ Peso: kg _____

Stato generale:

- Un ginocchio affetto, nessun'altra patologia invalidante
- Entrambe le ginocchia affette, nessun'altra patologia invalidante
- Il paziente è portatore di altra protesi articolare (specificare articolazione interessata e lato) _____

Anamnesi

Il paziente è già portatore di protesi di ginocchio?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, ginocchio DX	<input type="checkbox"/> SI, ginocchio 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"/> Protesi unicompartimentale <input type="checkbox"/> Protesi bicompartimentale <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Espianto	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Protesi unicompartimentale <input type="checkbox"/> Protesi bicompartimentale <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Espianto

* * *

Le schede devono essere compilate in stampatello.
Per chiarimenti o proposte di modifiche contattare la Dott.ssa Barbara Bordini al 051-6366880.
E-mail: barbara.bordini@ior.it

Dati intervento

Chirurgo: _____ Data: _____

Lato: Destro Sinistro Già protesizzato controlateralmente: SI NO

Tipo intervento:

<input type="checkbox"/> Artroprotesi primaria <input type="checkbox"/> Impianto di sola rotula	<input type="checkbox"/> Reimpianto totale <input type="checkbox"/> oppure <input type="checkbox"/> Reimpianto comp. femorale <input type="checkbox"/> Reimpianto comp. tibiale <input type="checkbox"/> Reimpianto inserto <input type="checkbox"/> Reimpianto rotula Modello protesi rimossa:	<input type="checkbox"/> Espianto senza spaziatore <input type="checkbox"/> Espianto con spaziatore <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
--	---	---

Diagnosi:

se Protesi primaria	se Reimpianto o Espianto
<input type="checkbox"/> Artrosi primitiva <input type="checkbox"/> Esiti artrite settica <input type="checkbox"/> Esito frattura <input type="checkbox"/> Esiti artrite TBC <input type="checkbox"/> Deformità in varo <input type="checkbox"/> Tumore <input type="checkbox"/> Deformità in valgo <input type="checkbox"/> Necrosi condilo <input type="checkbox"/> Necrosi post-traumatica <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> Artrosi post-traumatica _____ <input type="checkbox"/> Artriti reumatiche _____	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica totale <input type="checkbox"/> Dolore senza mobilizzazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica comp. fem. <input type="checkbox"/> Rottura protesi (specificare componente) <input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica comp. tibiale _____ <input type="checkbox"/> Mobilizzazione settica _____ <input type="checkbox"/> Usura inserto <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> Lussazione protesica _____ <input type="checkbox"/> Frattura ossea _____

Trattamento farmacologico:

Profilassi antibiotica:	
<input type="checkbox"/> Vancomicina (Vancocina) <input type="checkbox"/> Teicoplanina (Targosid) <input type="checkbox"/> Ceftadizima (Glazydim) <input type="checkbox"/> Cefprozina (Eposerin) <input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocefin) <input type="checkbox"/> Cefuroxina (Curoxim) <input type="checkbox"/> Cefamandolo (Mandokef, Cedol, Kezolin) <input type="checkbox"/> Gentamicina (Gentalyn, Gentomil, Megental) <input type="checkbox"/> Levofloxacina (Levoxacin, Tavanic)	<input type="checkbox"/> Cefepine (Cepimex, Maxipime) <input type="checkbox"/> Cefotaxima (Claforan, Zariviz) <input type="checkbox"/> Pefloxacina (Peflox) <input type="checkbox"/> Tobramicina (Nebicina) <input type="checkbox"/> Cefazolina (Totacef, Cefamezin) <input type="checkbox"/> Ampicillina (Amplital) <input type="checkbox"/> Vancomicina + Gentamicina <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Modalità somministrazione antibiotici:	Profilassi antitromboembolica
<input type="checkbox"/> Dosi multiple <input type="checkbox"/> Dose singola	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dicumarolici <input type="checkbox"/> Anticoagulanti orali <input type="checkbox"/> Eparine <input type="checkbox"/> Antiaggreganti <input type="checkbox"/>

Tecnica chirurgica:

Incisione chirurgica:	Innesti ossei:	Intervento sulla rotula:
<input type="checkbox"/> Anteriore-mediale <input type="checkbox"/> Antero-laterale <input type="checkbox"/> Sub vasto medialis <input type="checkbox"/> Coonse-Adams <input type="checkbox"/> Osteotomia tuberosità tibiale <input type="checkbox"/> Altra (specificare) _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tibiali <input type="checkbox"/> Femorali <input type="checkbox"/> Entrambi	<input type="checkbox"/> Plastica rotulea <input type="checkbox"/> Solo denervazione

Complicazioni:

<p style="text-align: center;">Intraoperatorie:</p> <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Frattura femore <input type="checkbox"/> Frattura tibia <input type="checkbox"/> Frattura tuberosità tibiale <input type="checkbox"/> Rottura tendine rotuleo <input type="checkbox"/> Rottura legamenti collaterali <input type="checkbox"/> Complicanze anestesilogiche <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>	<p style="text-align: center;">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"/> Lussazione protesi <input type="checkbox"/> Infezione precoce <input type="checkbox"/> Sub lussazione rotula <input type="checkbox"/> Lussazione rotula <input type="checkbox"/> Instabilità legamentosa <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>	<p style="text-align: center;">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) <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right;">+ Data decesso: _____</p>
---	---	--

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, da recupero intraoperatorio <input type="checkbox"/> Autologa, da recupero postoperatorio	<input type="checkbox"/> Autologa, predeposito <input type="checkbox"/> Omologa

Cemento:

<p style="text-align: center;">Modo preparazione cemento:</p> <input type="checkbox"/> In tazza <input type="checkbox"/> Sotto vuoto	<p style="text-align: center;">Modalità inserimento cemento:</p> <input type="checkbox"/> Manuale <input type="checkbox"/> A pressione con siringa <input type="checkbox"/> Sotto vuoto
<p style="text-align: center;">Etichetta cemento</p>	<p style="text-align: center;">Etichetta spaziatore</p>

<p style="text-align: center;">Cementazione tibia:</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Cementazione femore:</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--

<p style="text-align: center;">Utilizzo di blocchetti/cunei di riempimento:</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, tibiali <input type="checkbox"/> Si, femorali <input type="checkbox"/> Si, entrambi
--

Etichette protesi:

Etichetta comp. femorale	Etichetta stelo intramidollare femorale
Etichetta inserto	Etichetta stelo intramidollare tibiale
Etichetta comp. tibiale	Etichetta viti
Etichetta comp. rotulea	Etichetta blocchetti femorali
	Etichetta blocchetti tibiali

Dati 2° intervento:

(Da compilare esclusivamente *se nel corso del medesimo ricovero* il paziente viene sottoposto ad un ulteriore intervento chirurgico sullo stesso ginocchio)

Chirurgo: _____

Data: _____

Lato: Destro Sinistro

Diagnosi: _____

Tipo intervento:

<input type="checkbox"/> Reimpianto totale oppure <input type="checkbox"/> Reimpianto femore <input type="checkbox"/> Reimpianto tibia <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 comp. femorale	Etichetta stelo intramidollare femorale
Etichetta inserto	Etichetta stelo intramidollare tibiale
Etichetta comp. tibiale	Etichetta viti
Etichetta comp. rotulea	Etichetta blocchetti femorali
	Etichetta blocchetti tibiali