

R.I.P.O.
Registro della Implantologia Protesica Ortopedica
GOMITO - CAPITELLO RADIALE

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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Un gomito affetto, nessun'altra patologia invalidante |
| <input type="checkbox"/> Entrambi i gomiti affetti, nessun'altra patologia invalidante |
| <input type="checkbox"/> Uno o entrambi i gomiti affetti, coesistono altre patologie che limitano la funzionalità dell'arto superiore |

Arto superiore dominante: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SN

Anamnesi

Il paziente è già portatore di protesi di gomito?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, gomito DX	<input type="checkbox"/> SI, gomito SX
	Operato/a nell'anno: _____	Operato/a nell'anno: _____
	Operato/a nella Regione: <input type="checkbox"/> Emilia Romagna <input type="checkbox"/> Altra Regione	Operato/a nella Regione: <input type="checkbox"/> Emilia Romagna <input type="checkbox"/> Altra Regione
	Ospedale: _____	Ospedale: _____
	Tipo di intervento precedente	Tipo di intervento precedente
	Parziale: <input type="checkbox"/> Emiartroplastica omerale <input type="checkbox"/> Protesi di capitello	Parziale: <input type="checkbox"/> Emiartroplastica omerale <input type="checkbox"/> Protesi di capitello
	Totale: <input type="checkbox"/> Artroplastica senza capitello <input type="checkbox"/> Artroplastica con capitello	Totale: <input type="checkbox"/> Artroplastica senza capitello <input type="checkbox"/> Artroplastica con capitello
	<input type="checkbox"/> Revisione	<input type="checkbox"/> Revisione
	<input type="checkbox"/> Espianto	<input type="checkbox"/> Espianto
	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____

* * *

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

Versione n.3, Aprile 2021

Pag. 1 di 4

Dati intervento

Chirurgo: _____ Data: _____

Lato Destro Sinistro

Già protesizzato controlateralmente: SI NO

Tipo intervento:

Parziale	Totale	Reimpianto	Espianto	Altro intervento (specificare)
<input type="checkbox"/> Emiartroplastica omerale <input type="checkbox"/> Protesi di capitello	<input type="checkbox"/> Artroplastica senza capitello <input type="checkbox"/> Artroplastica con capitello	<input type="checkbox"/> Revisione omerale <input type="checkbox"/> Revisione ulnare <input type="checkbox"/> Revisione connettore <input type="checkbox"/> Da emi a totale	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale	
Modello protesi rimossa _____				

Diagnosi:

Se protesi primaria:	Se reimpianto o espianto:
<input type="checkbox"/> Osteoartrosi primaria <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Instabilità post-traumatica <input type="checkbox"/> Artrosi post-traumatica <input type="checkbox"/> Pseudoartrosi <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Metallosi <input type="checkbox"/> Usura polietilene <input type="checkbox"/> Instabilità <input type="checkbox"/> Rigidità <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente ulnare <input type="checkbox"/> Sigmoidite <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica <input type="checkbox"/> Rottura protesi (specificare componente) _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

Trattamento farmacologico:

Profilassi antibiotica:	
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocefin) <input type="checkbox"/> Cefuroxina (Curoxim)	<input type="checkbox"/> Cefazolina (Totacef, Cefamezin) <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"/> <input type="checkbox"/> Eparine <input type="checkbox"/> Antiaggraganti

Tecnica chirurgica:

Approccio chirurgico:	Drenaggio aspirante:	Utilizzo innesto osseo:	Riparazione dei legamenti collaterali:
<input type="checkbox"/> Conserva tricipite <input type="checkbox"/> Split tricipite <input type="checkbox"/> Bryan Morrey <input type="checkbox"/> Paraolecranica (King) <input type="checkbox"/> Kocher <input type="checkbox"/> Kaplan <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (con chips di spongiosa) <input type="checkbox"/> SI (con stecca corticale) <input type="checkbox"/> SI (con flangia anteriore)	<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Ancorette <input type="checkbox"/> Placca omerale <input type="checkbox"/> Sutura trans ossea <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ _____

Complicazioni:

Intraoperatorie	Postoperatorie locali	Postoperatorie generali
<input type="checkbox"/> Lesioni muscolari <input type="checkbox"/> Lesioni tendinee <input type="checkbox"/> Lesioni vascolari <input type="checkbox"/> Lesioni nervose <input type="checkbox"/> Fratture <input type="checkbox"/> Complicazioni anestesilogiche <input type="checkbox"/> Altro _____ _____	<input type="checkbox"/> Deiscenza ferita <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Ematoma <input type="checkbox"/> Lussazione <input type="checkbox"/> Instabilità <input type="checkbox"/> Ossificazioni eterotopiche <input type="checkbox"/> Altro _____ _____	<input type="checkbox"/> Tromboembolia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Altro _____ _____

Tipo anestesia:		
<input type="checkbox"/> Generale	<input type="checkbox"/> Loco-regionale	<input type="checkbox"/> Mista

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	

Etichetta cemento:

Etichetta cemento	Etichetta spaziatore per espianto		
Regione di utilizzo:			
<input type="checkbox"/> Omero	<input type="checkbox"/> Ulna	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Altro _____

Etichette protesi:

Stelo omerale

Spool omerale

Stelo ulnare

Connettore ulnare

Testa radiale

Stelo radiale

Altro

Altro

Altro

Altro