

# R.I.P.O.

## Registro della Implantologia Protetica Ortopedica

### SPALLA

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 \_\_\_\_\_

### Condizione clinica

<input type="checkbox"/> Cuffia dei rotatori integra	Lesione a tutto spessore di tendine:	<input type="checkbox"/> Sovraspinoso
		<input type="checkbox"/> Sottospinoso
		<input type="checkbox"/> Piccolo rotondo
		<input type="checkbox"/> Sottoscapolare

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

### Anamnesi

Il paziente è già portatore di protesi di spalla?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, spalla DX	<input type="checkbox"/> SI, spalla 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: _____
	<b>Tipo di intervento precedente</b>	<b>Tipo di intervento precedente</b>
	<input type="checkbox"/> Emiartroplastica <input type="checkbox"/> Emiartroplastica CTA <b>Parziale:</b> <input type="checkbox"/> Stemless Emi <input type="checkbox"/> Rivestimento Standard <input type="checkbox"/> Rivestimento parziale	<input type="checkbox"/> Emiartroplastica <input type="checkbox"/> Emiartroplastica CTA <b>Parziale:</b> <input type="checkbox"/> Stemless Emi <input type="checkbox"/> Rivestimento Standard <input type="checkbox"/> Rivestimento parziale
	<b>Totale:</b> <input type="checkbox"/> Anatomica <input type="checkbox"/> Inversa <input type="checkbox"/> Rivestimento anatomica <input type="checkbox"/> Stemless anatomica <input type="checkbox"/> Stemless inversa	<b>Totale:</b> <input type="checkbox"/> Anatomica <input type="checkbox"/> Inversa <input type="checkbox"/> Rivestimento anatomica <input type="checkbox"/> Stemless anatomica <input type="checkbox"/> Stemless inversa
	<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:

<b>Parziale</b> <input type="checkbox"/> Emiartroplastica <input type="checkbox"/> Stemless <input type="checkbox"/> Rivestimento	<b>Totale</b> <input type="checkbox"/> Anatomica <input type="checkbox"/> Inversa <input type="checkbox"/> Rivestimento <input type="checkbox"/> Stemless	<b>Reimpianto</b> <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale	<b>Espiante</b> <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale	<b>Altro intervento</b> (specificare)
<b>Modello protesi rimossa</b> _____				

## Diagnosi:

<b>Se protesi primaria:</b> <input type="checkbox"/> Artropatia cuffia <input type="checkbox"/> Osteoartrosi concentrica <input type="checkbox"/> Artriti reumatiche <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Esiti frattura <input type="checkbox"/> Artrosi post-traumatica <input type="checkbox"/> Lussazione inveterata <input type="checkbox"/> Lussazione recidivante/instabilità <input type="checkbox"/> Osteonecrosi <input type="checkbox"/> Altro: _____	<b>Se reimpianto o espiante:</b> <input type="checkbox"/> Instabilità <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoidea <input type="checkbox"/> Erosione glenoidea <input type="checkbox"/> Lussazione protesica/ dislocazione <input type="checkbox"/> Esito espiante <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica <input type="checkbox"/> Rottura protesi (specificare componente) _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____
--	---

## Trattamento farmacologico:

<b>Profilassi antibiotica:</b>	
<input type="checkbox"/> Ceftazidima (Glazydim) <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"/> Cefazolina (Totacef, Cefamezin) <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<b>Modalità somministrazione antibiotici:</b> <input type="checkbox"/> Dosi multiple <input type="checkbox"/> Dose singola	<b>Profilassi antitromboembolica:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dicumarolici <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Eparine <input type="checkbox"/> Antiaggraganti

## Tecnica chirurgica:

Approccio chirurgico:	Ricostruzione della cuffia:	Drenaggio aspirante:	Innesti/Graft ossei nella componente glenoidea
<input type="checkbox"/> Deltoideo-pettorale <input type="checkbox"/> Trans-deltaideo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ _____	<input type="checkbox"/> Sutura della cuffia già lesionata <input type="checkbox"/> Sutura per reinserzione del sottoscapolare <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

## 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"/> 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/Blended

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

## **Etichette protesi:**

**Etichetta stelo**

**Etichetta inserto  
glenoideo/omeroale**

**Etichetta corpo omeroale**

**Etichetta testina/glenosfera**

**Etichetta cemento**

**Etichetta adattatore testina**

**Etichetta metal back**

**Etichetta viti**

**Etichetta distanziatore**

**Etichetta connettore**