



# 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>Espianto</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 espianto:</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 espianto <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"/> Cefazidima (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:

<b>Approccio chirurgico:</b>	<b>Ricostruzione della cuffia:</b>	<b>Drenaggio aspirante:</b>	<b>Innesti/Graft ossei nella componente glenoidea</b>
<input type="checkbox"/> Deltoideo-pettoale <input type="checkbox"/> Trans-deltoideo <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:

<b>Intraoperatorie</b>	<b>Postoperatorie locali</b>	<b>Postoperatorie generali</b>
<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 anestesologiche <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:

 Generale Loco-regionale Mista/Blended

### Trasfusioni:

 Nessuna Autologa, da recupero intraoperatorio Autologa, da recupero post-operatorio Autologa, predeposito Omologa

## **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**