



# 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 oppure <input type="checkbox"/> Reimpianto comp. femorale <input type="checkbox"/> Reimpianto comp. tibiale <input type="checkbox"/> Reimpianto inserto <input type="checkbox"/> Reimpianto rotula <b>Modello protesi rimossa:</b> .....	<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"/> Mobilizzazione asettica totale	<input type="checkbox"/> Dolore senza mobilizzazione
<input type="checkbox"/> Esito frattura	<input type="checkbox"/> Esiti artrite TBC	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica comp. fem.	<input type="checkbox"/> Rottura protesi (specificare componente)
<input type="checkbox"/> Deformità in varo	<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica comp. tibiale	_____
<input type="checkbox"/> Deformità in valgo	<input type="checkbox"/> Necrosi condilo	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione settica	_____
<input type="checkbox"/> Necrosi post-traumatica	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Usura inserto	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Artrosi post-traumatica	_____	<input type="checkbox"/> Lussazione protesica	_____
<input type="checkbox"/> Artriti reumatiche	_____	<input type="checkbox"/> Frattura ossea	_____

## Trattamento farmacologico:

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

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:	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;"><b>Intraoperatorie:</b></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 anestesiolgiche <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>	<p style="text-align: center;"><b>Postoperatorie locali:</b></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;"><b>Postoperatorie generali:</b></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;"><b>+ Data decesso:</b> _____</p>
---	---	--

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

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

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

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

## Etichette protesi:

<b>Etichetta comp. femorale</b>	<b>Etichetta</b> stelo intramidollare femorale
<b>Etichetta inserto</b>	<b>Etichetta</b> stelo intramidollare tibiale
<b>Etichetta comp. tibiale</b>	<b>Etichetta viti</b>
<b>Etichetta comp. rotulea</b>	<b>Etichetta</b> blocchetti femorali
	<b>Etichetta</b> 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

<b>Etichetta comp. femorale</b>	<b>Etichetta stelo intramidollare femorale</b>
<b>Etichetta inserto</b>	<b>Etichetta stelo intramidollare tibiale</b>
<b>Etichetta comp. tibiale</b>	<b>Etichetta viti</b>
<b>Etichetta comp. rotulea</b>	<b>Etichetta blocchetti femorali</b>
	<b>Etichetta blocchetti tibiali</b>