

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° 2012 / _____ Data dimissione Ospedaliera: _____
oppure

Data ricovero: _____ Data trasferimento da Ortopedia
ad altro Reparto: _____

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 le Dott.sse Susanna Stea o Barbara Bordini al 051-6366880.

E-mail: susanna.stea@ior.it, 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 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"/> 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;">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 anestesiolgiche <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>Etichetta cemento</p>	<p>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
---	--

Utilizzo di blocchetti/cunei di riempimento:
<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