

R.I.P.O.

Registro della Implantologia Protesica 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° 2012 / _____ Data dimissione Ospedaliera: _____

oppure

Data trasferimento da Ortopedia
ad altro Reparto: _____

Data ricovero: _____

Condizione clinica

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

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 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 primaria totale <input type="checkbox"/> Protesi prim. totale inversa <input type="checkbox"/> Protesi parziale <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Espianto Interventi chirurgici precedenti: <input type="checkbox"/> Artroscopia <input type="checkbox"/> Artrotomia <input type="checkbox"/> Osteosintesi		Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale <input type="checkbox"/> Protesi prim. totale inversa <input type="checkbox"/> Protesi parziale <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Espianto Interventi chirurgici precedenti: <input type="checkbox"/> Artroscopia <input type="checkbox"/> Artrotomia <input type="checkbox"/> Osteosintesi

* * *

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"/> Artroplastica totale anatomica <input type="checkbox"/> Artroplastica totale inversa	<input type="checkbox"/> Emiartroplastica	<input type="checkbox"/> Protesi di copertura <input type="checkbox"/> Espianto <input type="checkbox"/> Artrodesi	<input type="checkbox"/> Revisione stelo <input type="checkbox"/> Revisione testina <input type="checkbox"/> Revisione glenoide <input type="checkbox"/> Revisione totale <input type="checkbox"/> Revisione da anatomica ad inversa
--	---	--	--

Diagnosi:

Se protesi primaria:	Se reimpianto o espianto:	
<input type="checkbox"/> Osteoartrosi eccentrica	<input type="checkbox"/> Instabilità superiore	<input type="checkbox"/> Erosione glenoidea
<input type="checkbox"/> Osteoartrosi concentrica	<input type="checkbox"/> Instabilità inferiore	<input type="checkbox"/> Infezione
<input type="checkbox"/> Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> Instabilità anteriore	<input type="checkbox"/> Frattura periprotetica
<input type="checkbox"/> Frattura	<input type="checkbox"/> Instabilità posteriore	<input type="checkbox"/> Rottura protesi (specificare componente) _____
<input type="checkbox"/> Osteonecrosi	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale _____	
<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoidea	<input type="checkbox"/> Altro _____

Trattamento farmacologico:

Profilassi antibiotica:	
<input type="checkbox"/> Ceftadizima (Glazydim)	<input type="checkbox"/> Pefloxacina (Peflox)
<input type="checkbox"/> Ceftizoxina (Eposerin)	<input type="checkbox"/> Tobramicina (Nebicina)
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocefin)	<input type="checkbox"/> Trimetropin + Sulfametoxazolo (Bactrim, Eusaprim)
<input type="checkbox"/> Cefuroxina (Curoxim)	<input type="checkbox"/> Cefazolina (Totacef, Cefamezin)
<input type="checkbox"/> Cefamandolo (Mandokef, Cedol, Kezolin)	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<input type="checkbox"/> Gentamicina (Gentalyn, Gentomil, Megental)	

Modalità somministrazione antibiotici:	Profilassi antitromboembolica:		
<input type="checkbox"/> Dosi multiple	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Dicumarolici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dose singola	<input type="checkbox"/> Eparine	<input type="checkbox"/> Antiaggraganti	

Tecnica chirurgica:

Approccio chirurgico:	Drenaggio aspirante:
<input type="checkbox"/> Deltoideo-pettorale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Trans-deltoideo	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
<input type="checkbox"/> _____	
	Riparazione della cuffia:
	<input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Altro

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 ascellare <input type="checkbox"/> Altre 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"/> Edema <input type="checkbox"/> Ematoma <input type="checkbox"/> Lussazione anteriore <input type="checkbox"/> Lussazione posteriore <input type="checkbox"/> Lussazione superiore <input type="checkbox"/> Lussazione inferiore <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	

Tipo di protesi anatomica:

Stelo:	Testina:	Glenoide:	
<input type="checkbox"/> Modulare <input type="checkbox"/> Monoblocco <input type="checkbox"/> Cementato <input type="checkbox"/> Non cementato	<input type="checkbox"/> Convenzionale <input type="checkbox"/> Offset variabile <input type="checkbox"/> Asimmetrica <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Polietilene <input type="checkbox"/> Metal backed <input type="checkbox"/> Biologica <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Chiglia <input type="checkbox"/> Pegs <input type="checkbox"/> Viti <input type="checkbox"/> Cementata <input type="checkbox"/> Non cem

Tipo di protesi inversa:

Stelo:	Inserito:	Glenosfera:	Metaglenna:
<input type="checkbox"/> Modulare <input type="checkbox"/> Monoblocco <input type="checkbox"/> Cementato <input type="checkbox"/> Non cementato	<input type="checkbox"/> Polietilene <input type="checkbox"/> Metallo	<input type="checkbox"/> Polietilene <input type="checkbox"/> Metallo	<input type="checkbox"/> 1 vite <input type="checkbox"/> 2 viti <input type="checkbox"/> 3 viti <input type="checkbox"/> 4 viti

Etichette protesi:

Etichetta stelo prossimale

**Etichetta inserto
glenoideo/omerale**

Etichetta stelo distale

Etichetta testina/glenosfera

Etichetta cemento

Etichetta adattatore testina

Etichetta metal back

Etichetta viti

Etichetta distanziatore

Etichetta connettore