

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Registro della Implantologia Protesica Ortopedica

(RIPO)

SPALLA

Ospedale (*): _____	Reparto/Divisione: _____
Cognome (*): _____	Nome(*): _____
Sesso (*): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita (*): ___ / ___ / ____
Comune di nascita (o Stato Estero) (*): _____	Provincia di nascita: _____
Comune di residenza (*): _____	Provincia di residenza: _____
Codice Fiscale (*): _____	Telefono (*): _____
Data ricovero: ___ / ___ / ____	Data di dimissione (*): ___ / ___ / ____
	Data di trasferimento: ___ / ___ / ____

Condizione Clinica

<input type="checkbox"/> Cuffia dei rotatori integra	Lesione a tutto spessore di tendine: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sovraspinoso <input type="checkbox"/> Sottospinoso <input type="checkbox"/> Piccolo rotondo <input type="checkbox"/> Sottoscapolare
--	--

Dati per il Follow-up

Il paziente è già portatore di protesi di spalla?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, spalla DX	<input type="checkbox"/> SI, spalla SIN
	Operato nell'anno:	Operato nell'anno:
	Regione intervento:	Regione intervento:
	<i>Ha subito intervento di:</i> <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale inversa <input type="checkbox"/> Protesi parziale <input type="checkbox"/> Reimpianto <i>Interventi chirurgici precedenti:</i> <input type="checkbox"/> Artroscopia <input type="checkbox"/> Artrotomia <input type="checkbox"/> Osteosintesi	<i>Ha subito intervento di:</i> <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale inversa <input type="checkbox"/> Protesi parziale <input type="checkbox"/> Reimpianto <i>Interventi chirurgici precedenti:</i> <input type="checkbox"/> Artroscopia <input type="checkbox"/> Artrotomia <input type="checkbox"/> Osteosintesi

Dati intervento

Chirurgo: _____ Data: _____

Lato: Destro Sinistro Già protesizzato controlateralmente: Sì 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:

<p style="text-align: center;">Se protesi primaria:</p> <input type="checkbox"/> Osteoartrosi eccentrica <input type="checkbox"/> Osteoartrosi concentrica <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Osteonecrosi <input type="checkbox"/> Altro _____	<p style="text-align: center;">Se reimpianto o espianto:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Instabilità superiore <input type="checkbox"/> Instabilità inferiore <input type="checkbox"/> Instabilità anteriore <input type="checkbox"/> Instabilità posteriore <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoide </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Erosione glenoidea <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Instabilità superiore <input type="checkbox"/> Instabilità inferiore <input type="checkbox"/> Instabilità anteriore <input type="checkbox"/> Instabilità posteriore <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoide	<input type="checkbox"/> Erosione glenoidea <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Instabilità superiore <input type="checkbox"/> Instabilità inferiore <input type="checkbox"/> Instabilità anteriore <input type="checkbox"/> Instabilità posteriore <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoide	<input type="checkbox"/> Erosione glenoidea <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____		

Trattamento farmacologico:

<p>Profilassi antibiotica:</p> <input type="checkbox"/> Cefadizima (Glazydim) <input type="checkbox"/> Pefloxacin (Peflox) <input type="checkbox"/> Cefprozina (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) _____	
<p>Modalità somministrazione antibiotici:</p> <input type="checkbox"/> Dosi multiple <input type="checkbox"/> Dose singola	<p>Profilassi antitromboembolica:</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dicumarolici <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Eparine <input type="checkbox"/> Antiaggreganti _____

Tecnica chirurgica:

<p>Approccio chirurgico:</p> <input type="checkbox"/> Deltoideo – pettorale <input type="checkbox"/> Trans – deltoideo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<p>Drenaggio aspirante:</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <hr/> <p>Riparazione della cuffia:</p> <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"/> Deiscenza ferita	<input type="checkbox"/> Tromboembolia
<input type="checkbox"/> Lesioni tendinee	<input type="checkbox"/> Infezione	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Lesioni vascolari	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Lesioni nervose ascellari	<input type="checkbox"/> Ematoma	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Altre lesioni nervose	<input type="checkbox"/> Lussazione anteriore	
<input type="checkbox"/> Fratture	<input type="checkbox"/> Lussazione posteriore	
<input type="checkbox"/> Complicazioni anestesilogiche	<input type="checkbox"/> Lussazione superiore	
<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Lussazione inferiore	
	<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"/> Convenzionale	<input type="checkbox"/> Polietilene	<input type="checkbox"/> Chiglia <input type="checkbox"/> Cementata
<input type="checkbox"/> Monoblocco	<input type="checkbox"/> Offset variabile	<input type="checkbox"/> Metal backed	<input type="checkbox"/> Pegs <input type="checkbox"/> Non cem.
	<input type="checkbox"/> Asimmetrica	<input type="checkbox"/> Biologica	<input type="checkbox"/> Viti
<input type="checkbox"/> Cementato	<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Altro _____	
<input type="checkbox"/> Non cem.			

Tipo di protesi inversa:

Stelo:	Inserito:	Glenosfera:	Metaglenna:
<input type="checkbox"/> Modulare	<input type="checkbox"/> Polietilene	<input type="checkbox"/> Polietilene	<input type="checkbox"/> 1 Vite
<input type="checkbox"/> Monoblocco	<input type="checkbox"/> Metallo	<input type="checkbox"/> Metallo	<input type="checkbox"/> 2 Viti
<input type="checkbox"/> Cementato			<input type="checkbox"/> 3 Viti
<input type="checkbox"/> Non cem.			<input type="checkbox"/> 4 Viti

Etichette protesi:

Etichetta stelo prossimale	Etichetta inserto Glenoideo/omeroale
Etichetta stelo distale	Etichetta testina/glenosfera
Etichetta cemento	Etichetta adattatore testina
Etichetta metal back	Etichetta viti
Etichetta distanziatore	