

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Registro della Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO)

GINOCCHIO

Ospedale

(obbligatorio)

Cognome

(obbligatorio)

Sesso

(obbligatorio) M F

Comune di nascita (o Stato Estero):

Comune di residenza

(obbligatorio)

Codice Fiscale

(obbligatorio)

Data ricovero:

___ / ___ / ___

Reparto/Divisione

Nome

(obbligatorio)

Data di nascita

(obbligatorio) ___ / ___ / ___

Provincia:

Provincia:

Telefono

(obbligatorio)

Data dimissione

(obbligatorio) ___ / ___ / ___

Data trasferimento:

___ / ___ / ___

Dati per il follow-up

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: _____
	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Protesi unicompartmentale <input type="checkbox"/> Protesi bicompartmentale <input type="checkbox"/> Reimpianto	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Protesi unicompartmentale <input type="checkbox"/> Protesi bicompartmentale <input type="checkbox"/> Reimpianto

Dati intervento

Lato Destro Sinistro **Data Intervento:** : ____ / ____ / ____
Già protesizzato controlateralmente SI NO
(obbligatorio)

Tipo intervento (obbligatorio)

- Artroprotesi primaria
- Reimpianto totale
- Espianto senza spaziatore
- Impianto di sola rotula
- Reimpianto comp. femorale
- Espianto con spaziatore
- Reimpianto comp. tibiale
- Reimpianto inserto
- Reimpianto rotula

Diagnosi (obbligatorio)

se Protesi primaria

- Artrosi primitiva
- Esito frattura
- Deformità (varo-Valgo)
- Necrosi post-traumatica
- Artrosi post-traumatica
- Artriti reumatiche
- Esiti artrite settica
- Esiti artrite TBC
- Tumore
- Necrosi condilo
- Altro (specificare)

se Reimpianto o Espianto

- Mobilizzazione asettica totale
- Mobilizzazione asettica comp. fem.
- Mobilizzazione asettica comp. tibiale
- Mobilizzazione settica
- Usura inserto
- Lussazione protesica
- Frattura ossea
- Rottura protesi
- Dolore senza mobilizzazione
- Altro (specificare)

Tecnica chirurgica

Incisione chirurgica:

- Tecnica chirurgica:
- Anteriore-mediale
- Antero-laterale
- Sub vasto medialis
- Osteotomia tuberosità tibiale
- Altra (specificare)

Innesti ossei:

- NO
- Femorali
- Tibiali
- Entrambi

Intervento sulla rotula:

- Plastica rotulea
- Solo denervazione

Trasfusioni

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna | <input type="checkbox"/> Autologa, predeposito |
| <input type="checkbox"/> Autologa, da recupero intraoperatorio | <input type="checkbox"/> Omologa |

Dati artroprotesi

Tipo di protesi impiantata:

- Unicompartimentale
 - Bicompartimentale
 - Tricompartimentale (protesi anche rotula)
 - Altro (specificare)
-

Rapporto componenti femoro-tibiali:

- Senza stabilizzazione
- Stabilizzazione posteriore
- Pivot
- Cerniera
- Altro (specificare)

Tipo di fissazione femorale:

- Cementata
 - Cementata con stelo intramidollare
 - Non cementata con viti
 - Non cementata senza viti
 - Non cementata con stelo intramidollare
 - Altro (specificare)
-

Tipo di fissazione tibiale:

- Cementata
 - Cementata con stelo intramidollare
 - Non cementata con viti
 - Non cementata senza viti
 - Non cementata con stelo intramidollare
 - Altro (specificare)
-

Insero polietilene:

- Fisso
 - Mobile
-

Accoppiamento articolare

(se diverso da metallo-polietilene):

- Metallo-metallo
 - Ceramica-polietilene
 - Ceramica-ceramica
 - Altro (specificare)
-

Utilizzo di blocchetti/cunei di riempimento:

- No
- Si, tibiali
- Si, femorali
- Si, entrambi

Tipo di fissazione rotulea:

- Cementata
 - Non cementata
 - Altro (specificare)
-

Etichette intervento

(obbligatorio)

Etichetta comp. femorale	Etichetta inserto tibiale
Etichetta comp. rotulea	Etichetta blocchetti femorali/ tibiali di riempimento
Etichetta comp. tibiale	Etichetta intramidollare femorale
Etichetta viti	Etichetta stelo intramidollare tibiale
Etichetta cemento	