

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Registro della Implantologia Protesica Ortopedica

ANCA

Ospedale: _____ Cognome: _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Comune di nascita (o Stato Estero): _____ Comune di residenza: _____ oppure _____ * n° nosologico / (progressivo:n°2003) / _____ Data ricovero: _____ * Altezza: cm _____	Reparto/Divisione: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____ Provincia: _____ Provincia: _____ Telefono _____ Data dimissione _____ oppure _____ Data trasferimento: ____ / ____ / ____ * Peso: Kg _____
---	---

Stato generale:

- un'anca affetta, nessun'altra patologia invalidante
- entrambe le anche affette, nessun'altra patologia invalidante
- una o entrambe le anche affette; coesistono altre patologie che limitano la capacità deambulatoria

Dati per il follow-up

Il paziente è già portatore di protesi d'anca?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, anca DX	<input type="checkbox"/> SI, anca SN
	Operato nell'anno: _____	Operato nell'anno: _____
	Operato nella Regione: <input type="checkbox"/> Puglia <input type="checkbox"/> Altra Regione	Operato nella Regione: <input type="checkbox"/> Puglia <input type="checkbox"/> Altra Regione
	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Artroprotesi primaria <input type="checkbox"/> Endoprotesi <input type="checkbox"/> Reimpianto	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Artroprotesi primaria <input type="checkbox"/> Endoprotesi <input type="checkbox"/> Reimpianto

Dati intervento

* Chirurgo: _____

Data: _____

Lato Destro Sinistro

Già protesizzato controlateralmente

SI

NO

Tipo intervento:

<input type="checkbox"/> Artroprotesi primaria	<input type="checkbox"/> Reimpianto totale oppure	<input type="checkbox"/> Espianto	<input type="checkbox"/> Endoprotesi	<input type="checkbox"/> Pulizia chir
	<input type="checkbox"/> Reimpianto stelo			<input type="checkbox"/> Riduz. luss.
	<input type="checkbox"/> Reimpianto cotile			<input type="checkbox"/> Asport. Ossif.
	<input type="checkbox"/> Reimpianto testina			<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
	<input type="checkbox"/> Reimpianto inserto			

Diagnosi:

se Protesi primaria		se Reimpianto o Espianto	
<input type="checkbox"/> Coxartrosi primitiva	<input type="checkbox"/> Artrosi post-traumatica	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica totale	<input type="checkbox"/> Esito espianto
<input type="checkbox"/> Esito LCA	<input type="checkbox"/> Artriti reumatiche	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica cotile	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione stelo endoprotesi
<input type="checkbox"/> Esito DCA	<input type="checkbox"/> Esiti coxite settica	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione asettica stelo	<input type="checkbox"/> Cotiloidite
<input type="checkbox"/> Esito Perthes	<input type="checkbox"/> Esiti coxite TBC	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione settica	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<input type="checkbox"/> Esito epifisiolisi	<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> Lussazione protesica	_____
<input type="checkbox"/> Necrosi idiomatica testa	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Frattura ossea	_____
<input type="checkbox"/> Necrosi post-traumatica		<input type="checkbox"/> Rottura protesi	
<input type="checkbox"/> Frattura collo femore		<input type="checkbox"/> Dolore senza mobilizzazione	

Trattamento farmacologico:

Profilassi antibiotica	
<input type="checkbox"/> Ceftrizoxina (Eposirin)	<input type="checkbox"/> Cefazolina (Totacef, Cefamezin)
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocefin)	<input type="checkbox"/> Cefotaxime (Zariviz)
<input type="checkbox"/> Cefuroxina (Curoxin)	<input type="checkbox"/> Teicoplanina (Targosid)
<input type="checkbox"/> Cefamandolo (Mandokef, Cedol, Kezolin)	<input type="checkbox"/> Ceftazidima (Glazidim)
<input type="checkbox"/> Gentamicina (Gentalyn, Gentomil,	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<input type="checkbox"/> Tobramicina (Nebicina)	
<input type="checkbox"/> Trimetoprin + Sulfametoxazolo (Bactrim,	

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

Tecnica chirurgica:

Incisione chirurgica:	Innesti ossei:	Anelli di rinforzo del cotile:
<input type="checkbox"/> Anteriore	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Laterale	<input type="checkbox"/> Acetabolari	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Laterale con osteotomia trocanterica	<input type="checkbox"/> Femorali	Nome commerciale
		<input type="checkbox"/> Burch-Schneider-Sulzer
		<input type="checkbox"/> Ganz-Sulzer

<input type="checkbox"/> Postero-laterale <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 100%;"/>	<input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Müller-Sulzer <input type="checkbox"/> Wagner-Sulzer <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 100%;"/>
---	---

Complicazioni

Intraoperatorie:	Postoperatorie locali:	Postoperatorie generali:
<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Frattura calcar <input type="checkbox"/> Frattura diafisi femorale <input type="checkbox"/> Frattura cotile <input type="checkbox"/> Complic. Anestesiologiche <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 100%;"/>	<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Ematoma <input type="checkbox"/> Tromboflebite profonda <input type="checkbox"/> Paralisi sciatico <input type="checkbox"/> Paralisi SPE <input type="checkbox"/> Paralisi crurale <input type="checkbox"/> Lussazione protesi <input type="checkbox"/> Infezione precoce <input type="checkbox"/> Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 100%;"/>	<input type="checkbox"/> Nessuna <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: 100%;"/>
		+ Data decesso ____ / ____ / ____

Le complicazioni sono state trattate chirurgicamente? NO x SI Se si compilare anche la sezione "2° intervento" p.7

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

Cemento

Modo preparazione cemento:	Modalità inserimento cemento nel femore:
<input type="checkbox"/> In tazza <input type="checkbox"/> Sotto vuoto <input type="checkbox"/> In siringa sotto pressione	<input type="checkbox"/> Manuale <input type="checkbox"/> A pressione con siringa <input type="checkbox"/> Sotto vuoto
Tipo di cemento:	
<input type="checkbox"/> AmpliCEM 1 <input type="checkbox"/> AmpliCEM 3 <input type="checkbox"/> Antibiotic Simplex <input type="checkbox"/> Cementek 20 <input type="checkbox"/> Cemex System <input type="checkbox"/> Cemex isoplastic (high visc.) <input type="checkbox"/> Cemex rx (low visc.) <input type="checkbox"/> Cemex Genta <input type="checkbox"/> Cemex XL (extra low visc.) <input type="checkbox"/> Cemfix 1	<input type="checkbox"/> Cemfix 3 <input type="checkbox"/> CMW 1 <input type="checkbox"/> CMW 3 <input type="checkbox"/> Endurance <input type="checkbox"/> Osteobond <input type="checkbox"/> Palacos <input type="checkbox"/> Palacos R <input type="checkbox"/> Surgical Simplex P <input type="checkbox"/> Sulcem <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr style="width: 100%;"/>


Etichette intervento artroprotesi / endoprotesi
(Qualora non disponibili si compilino pagina 5 e 6)

Etichetta cotile	Etichetta collo
Etichetta inserto	Etichetta tappo endomidollare
Etichetta anelli di rinforzo	Etichetta testina
Etichetta viti	Etichetta cemento
Etichetta stelo	Etichetta cupola

Dati artroprotesi:

Cotile	Stelo
Nome commerciale:	Nome commerciale:
n° Lotto:	n° Lotto:
<input type="checkbox"/> ABG – Howmedica	<input type="checkbox"/> ABG - Howmedica
<input type="checkbox"/> ABG II – Howmedica	<input type="checkbox"/> ABG II - Howmedica
<input type="checkbox"/> A.N.C.A.FIT - Cremascoli	<input type="checkbox"/> Ac - Howmedica
<input type="checkbox"/> Conteremporary – Howmedica	<input type="checkbox"/> AD - Samo
<input type="checkbox"/> CLS – Sulzer	<input type="checkbox"/> AHS - Cremascoli
<input type="checkbox"/> CSF Zweymüller – Sulzer	<input type="checkbox"/> AN.C.A.FIT - Cremascoli
<input type="checkbox"/> Duofit – Samo	<input type="checkbox"/> CLS - Sulzer
<input type="checkbox"/> Duraloc 300 – Depuy	<input type="checkbox"/> Conelock - Stratec
<input type="checkbox"/> Duraloc 1200 – Depuy	<input type="checkbox"/> Conus Wagner – Sulzer
<input type="checkbox"/> Easy – Hit Medica	<input type="checkbox"/> Duofit - Samo
<input type="checkbox"/> Elliptical cup – Stratec	<input type="checkbox"/> Easy - Hit Medica
<input type="checkbox"/> Fitek – Sulzer	<input type="checkbox"/> European Hip System - Cremascoli
<input type="checkbox"/> Fitmore – Sulzer	<input type="checkbox"/> Exeter – Howmedica
<input type="checkbox"/> G3 – CTF	<input type="checkbox"/> Lubinus SP2 – Link
<input type="checkbox"/> Harris Galante – Zimmer	<input type="checkbox"/> MRL – Cremascoli
<input type="checkbox"/> Müller – Sulzer	<input type="checkbox"/> MS 30 – Sulzer
<input type="checkbox"/> Müller – Crematoli	<input type="checkbox"/> Orthofit – Sulzer
<input type="checkbox"/> Müller – Samo	<input type="checkbox"/> Partnership Meridian – Howmedica
<input type="checkbox"/> Reflection – Smith and Nephew	<input type="checkbox"/> Partnership Definition – Howmedica
<input type="checkbox"/> Trilogy – Zimmer	<input type="checkbox"/> Profemur – Cremascoli
<input type="checkbox"/> Wagner st. cup – Sulzer	<input type="checkbox"/> P507 – Samo
<input type="checkbox"/> Meros - Bioimpianti	<input type="checkbox"/> SI Plus – Endoplus
	<input type="checkbox"/> Spectron – Smith and Nephew
	<input type="checkbox"/> Versys – Cremascoli
	<input type="checkbox"/> Zweymüller – Sulzer e Stratec
	<input type="checkbox"/> Fin - Bioimpianti
	<input type="checkbox"/> _____
Fissazione cotile	Fissazione stelo
<input type="checkbox"/> Cementato, senza antibiotico	<input type="checkbox"/> Cementato senza antibiotico
<input type="checkbox"/> Cementato, con antibiotico	<input type="checkbox"/> Cementato, con antibiotico
<input type="checkbox"/> Non cementato, press fit	<input type="checkbox"/> Non cementato, senza rivestimento
<input type="checkbox"/> Non cementato, avvitato	<input type="checkbox"/> Non cementato, con rivestimento
<input type="checkbox"/> Non cementato, press fit con viti	
<input type="checkbox"/> Non cementato, press fit con alette	
Misura cotile (diametro): _____	
Inserto cotile: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Materiale inserto cotile:	Tipo di collo
<input type="checkbox"/> Polietilene	<input type="checkbox"/> Fisso <input type="checkbox"/> Modulare
<input type="checkbox"/> Ceramica	
<input type="checkbox"/> Metallo	
<input type="checkbox"/> Altro	



Testina:	Ditta / n° Lotto:	Accoppiamento articolare
Tipo:		
<input type="checkbox"/> Fissa		<input type="checkbox"/> Metallo - Metallo
	<input type="checkbox"/> Metallica CrCo	<input type="checkbox"/> Metallo - Polietilene
	<input type="checkbox"/> Metallica Titano	

<input type="checkbox"/> Modulare Standard	<input type="checkbox"/> Metallica Acciaio inox	<input type="checkbox"/> Ceramica - Polietilene
	<input type="checkbox"/> Ceramica Zirconia	<input type="checkbox"/> Ceramica - Ceramica
	<input type="checkbox"/> Ceramica Alluminia	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
	<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> Modulare con colletto		
	Dimensioni (mm):	<input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> ≥36

Dati endoprotesi

Cupola Nome commerciale:	n° Lotto:	Stelo Nome commerciale:	n° Lotto:
<input type="checkbox"/> Testa bipolare – Amplimedical	_____	<input type="checkbox"/> AB - Citieffe	_____
<input type="checkbox"/> Bicentric – Howmedica	_____	<input type="checkbox"/> AHS - Cremascoli	_____
<input type="checkbox"/> Centrax - Howmedica	_____	<input type="checkbox"/> Albi PTC - Cremascoli	_____
<input type="checkbox"/> C1 – Citieffe	_____	<input type="checkbox"/> Deon - Bioimpianti	_____
<input type="checkbox"/> Cupola Mobile – Cremascoli	_____	<input type="checkbox"/> Exeter - Howmedica	_____
<input type="checkbox"/> Testa ellittica - Samo	_____	<input type="checkbox"/> Fin - Bioimpianti	_____
<input type="checkbox"/> Testa biarticolare – Lima	_____	<input type="checkbox"/> Hip fracture – Howmedica	_____
<input type="checkbox"/> Cupola Mobile biarticolare – Per medica	_____	<input type="checkbox"/> LC - Samo	_____
<input type="checkbox"/> Modular bipolar – Protex	_____	<input type="checkbox"/> Metabloc – Protek	_____
<input type="checkbox"/> Cupola Sem – D.M.O.	_____	<input type="checkbox"/> MRL - Cremascoli	_____
<input type="checkbox"/> Speri-lock – Hit Medica	_____	<input type="checkbox"/> Ortho-fit - Allopro	_____
<input type="checkbox"/> Retentive Mobile Cup – Sulzer	_____	<input type="checkbox"/> Reliance - Howmedica	_____
<input type="checkbox"/> Ultima – Johnson & Johnson	_____	<input type="checkbox"/> Sem – D.M.O.	_____
<input type="checkbox"/> Cupola biarticolare - Bioimpianti	_____	<input type="checkbox"/> SL - Amplimedical	_____
		<input type="checkbox"/> SL – Hit Medica	_____
		<input type="checkbox"/> SL – Lima	_____
		<input type="checkbox"/> SL – Osteal	_____
		<input type="checkbox"/> SL – Permedica	_____
		<input type="checkbox"/> SL Streakes – Hit Medica	_____
		<input type="checkbox"/> Speri-System II – Hit Medica	_____
		<input type="checkbox"/> Standard Straight - ProteK	_____
		<input type="checkbox"/> UltimaLX – Johnson & Johnson	_____
		<input type="checkbox"/> Versys – Zimmer	_____
		<input type="checkbox"/> Stelo monoblocco – Thompson	_____
		<input type="checkbox"/> Stelo monoblocco – Austin Moore	_____
		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	_____
		_____	_____

Cupola	Tipo di cupola
	<input type="checkbox"/> Biarticolare da assemblare in sala operatoria
	<input type="checkbox"/> Biarticolare con testina già assemblata
	<input type="checkbox"/> Testa monoarticolare per endoprotesi
	Misura cupola: (diametro) _____

Tipo:	Testina:	Materiale:	Ditta Biompianti/ n° Lotto:
<input type="checkbox"/> Fissa		<input type="checkbox"/> Metallica CrCo	_____
<input type="checkbox"/> Modulare Standard		<input type="checkbox"/> Metallica Titano	_____
		<input type="checkbox"/> Metallica Acciaio inox	_____
		<input type="checkbox"/> Ceramica Zirconia	_____
		<input type="checkbox"/> Ceramica Alluminia	_____
		<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> Modulare con colletto		Dimensioni (mm):	<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> >32

Dati 2° intervento:

(Da compilare esclusivamente *se nel corso del medesimo ricovero* il paziente viene sottoposto ad un ulteriore intervento chirurgico sulla stessa anca)

Chirurgo: _____

Data: _____


Lato: Destro Sinistro

Tipo di intervento:

<input type="checkbox"/> Reimpianto totale oppure <input type="checkbox"/> Reimpianto stelo <input type="checkbox"/> Reimpianto cotile <input type="checkbox"/> Reimpianto testina <input type="checkbox"/> Reimpianto inserto	<input type="checkbox"/> Espianto	Altri interventi <input type="checkbox"/> Pulizia chirurgica <input type="checkbox"/> Riduzione lussazione <input type="checkbox"/> Placca e viti _____
--	-----------------------------------	--

Eventuali Etichette 2° intervento

Etichetta cotile	Etichetta collo
Etichetta inserto	Etichetta tappo endomidollare
Etichetta anelli di rinforzo	Etichetta testina
Etichetta viti	Etichetta cemento
Etichetta stelo	Etichetta cupola endoprotesi

Alla Diagnosi			
Da quando il dolore è diventato insopportabile		Anni	mesi
Categoria di Charnley		A	B1 B2 C
Grado di disabilità			
NON DISABILITA'	In grado di compiere le attività abituali		
DISABILITA' LIEVE	Non è in grado di compiere alcune attività precedenti Riesce a prendere cura di sé		
DISABILITA' MODERATA	Cammina senza assistenza Necessità di qualche aiuto (per la cura personale)		
DISABILITA' MODERATAMENTE GRAVE	Non cammina senza assistenza Non riesce a prendersi cura di sé senza assistenza		
DISABILITA' GRAVE	Costretto a letto, incontinente Richiede attenzione e assistenza infermieristica costante		
Interventi precedenti sull'articolazione interessata			
Osteotomia	<input type="checkbox"/>	Decompressione epifisaria	<input type="checkbox"/>
Girdlestone	<input type="checkbox"/>	Osteosintesi	<input type="checkbox"/>
Artrodesi	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>
Infezioni pregresse sull'articolazione interessata		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Dolore a riposo		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Dolore in deambulazione		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Alterazione della funzione articolare		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Deambulazione	Libera <input type="checkbox"/> Con limitazioni <input type="checkbox"/>		Non possibile <input type="checkbox"/>
Ausili	NO <input type="checkbox"/>	Un bastone <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Due bastoni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/>
Zoppia			
Fare le scale	Liberamente <input type="checkbox"/> Con limitazioni <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Dismetria	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
All'Intervento chirurgico			
Durata intervento		Ore	Minuti
Innesto osseo	autologo <input type="checkbox"/>	omologo <input type="checkbox"/>	eterologo <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
Drenaggio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	se Sì durata	ore <input type="checkbox"/>
Alla Dimissione			
Data Messo a sedere		Data inizio deambulazione	
Prescrizione del reparto			
Deambulazione	Non possibile <input type="checkbox"/>	Carico sfiorante <input type="checkbox"/>	Carico parziale <input type="checkbox"/> Carico libero <input type="checkbox"/>
INVIATO	a casa autonomo <input type="checkbox"/>		a casa con assistenza part time <input type="checkbox"/>
	a casa con assistenza full time <input type="checkbox"/>		ad un centro di riabilitazione <input type="checkbox"/>