

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 stato operato al ginocchio? Indicare l'ultimo intervento effettuato

<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 primaria totale <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Artrodesi <input type="checkbox"/> Osteotomia <input type="checkbox"/> Spaziatore <input type="checkbox"/> Altro,spec _____	Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale <input type="checkbox"/> Reimpianto <input type="checkbox"/> Artrodesi <input type="checkbox"/> Osteotomia <input type="checkbox"/> Spaziatore <input type="checkbox"/> Altro,spec _____

Dati intervento

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

Tipo intervento (obbligatorio)

se Protesi primaria

- Primario totale, senza rotula
- Primario totale, con rotula
- Primario monocompartimentale, mediale
- Primario monocompartimentale, laterale
- Primario monocompartimentale, femoro-rotuleo
- Primario bicompartimentale, mediale e laterale
- Primario bicompartimentale, mediale e femoro-rotuleo
- Primario bicompartimentale, laterale e femoro-rotuleo
- Primario tricompartmentale
- Primario di sola rotula su protesi già impiantata

se Reimpianto o Espianto

- Reimpianto totale
- Reimpianto parziale comp. femorale
- Reimpianto parziale comp. tibiale
- Reimpianto parziale inserto tibiale
- Reimpianto parziale rotula
- Espianto senza spaziatore
- Espianto con spaziatore
- Sostituzione spaziatore

Diagnosi (obbligatorio)

se Protesi primaria

- Artrosi primitiva
- Artrosi post-traumatica
- Deformità (varo-Valgo)
- Necrosi post-traumatica
- Artriti reumatiche
- Esiti artrite settica
- Esiti artrite TBC
- Neoplasia
- Osteonecrosi
- Altro (specificare) _____

se Reimpianto o Espianto

- Mobilizzazione asettica totale
- Mobilizzazione asettica comp. Femorale
- Mobilizzazione asettica comp. Tibiale
- Mobilizzazione settica
- Usura inserto
- Lussazione protesica
- Frattura ossea
- Rottura protesi
- Dolore senza mobilizzazione
- Instabilità
- Rottura spaziatore
- Rigidità
- Progressione della malattia
- Altro (specificare) _____

Tecnica chirurgica

Incisione chirurgica:	Innesti ossei:	Utilizzo di blocchetti / /cunei di riempimento:
<input type="checkbox"/> Anteriore-mediale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Antero-laterale	<input type="checkbox"/> Femorali	<input type="checkbox"/> Si, tibiali
<input type="checkbox"/> Sub vasto medialis	<input type="checkbox"/> Tibiali	<input type="checkbox"/> Si, femorali
<input type="checkbox"/> Osteotomia tuberosità tibiale	<input type="checkbox"/> Entrambi	<input type="checkbox"/> Si, entrambi
<input type="checkbox"/> Midvastus		
<input type="checkbox"/> Midvastus mini-invasivo		
<input type="checkbox"/> Quad-Sparing		
<input type="checkbox"/> Subvastus mini-invasivo		
<input type="checkbox"/> V quadricipite		
<input type="checkbox"/> Altra (specificare)		

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 Fissazione

(obbligatorio)

Tipo di fissazione femorale:

- Cementata
- Cementata con stelo intramidollare
- Non cementata con viti
- Non cementata senza viti
- Non cementata con stelo intramidollare
- Non presente componente femorale

Tipo di fissazione rotulea:

- Cementata
- Non cementata
- Non presente componente rotulea

Tipo di fissazione tibiale:

- Cementata
- Cementata con stelo intramidollare
- Non cementata con viti
- Non cementata senza viti
- Non cementata con stelo intramidollare
- Non presente componente tibiale

Etichette intervento

(obbligatorio)

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

