

# Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

## Registro della Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO)

### ANCA

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 d'anca?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, anca DX	<input type="checkbox"/> SI, anca SN
	Operato nell'anno: _____	Operato nell'anno: _____
	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

Lato  Destro  
(obbligatorio)

Sinistro

Data Intervento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Già protesizzato controlateralmente

SI /  NO

## Tipo intervento (obbligatorio)

<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 (obbligatorio)

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,	<input type="checkbox"/> Gentamicina (Gentalyn,	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocefin)	<input type="checkbox"/> Cefotaxime (Zariviz)	<input type="checkbox"/> Tobramicina (Nebicina)	
<input type="checkbox"/> Cefuroxina (Curoxin)	<input type="checkbox"/> Teicoplanina (Targosid)	<input type="checkbox"/> Trimetoprin +	
<input type="checkbox"/> Cefamandolo (Mandokef, Cedol,	<input type="checkbox"/> Ceftazidima (Glazidim)		

## 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"/> SI
<input type="checkbox"/> Laterale	<input type="checkbox"/> Acetabolari		
<input type="checkbox"/> Laterale con osteotomia trocanterica	<input type="checkbox"/> Femorali		
<input type="checkbox"/> Postero-laterale	<input type="checkbox"/> Entrambi		
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			

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

# Etichette intervento artroprotesi / endoprotesi

(obbligatorio)

<b>Etichetta cotile</b>	<b>Etichetta collo</b>
<b>Etichetta inserto</b>	<b>Etichetta tappo endomidollare</b>
<b>Etichetta anelli di rinforzo</b>	<b>Etichetta testina</b>
<b>Etichetta viti</b>	<b>Etichetta cemento</b>
<b>Etichetta stelo</b>	<b>Etichetta cupola</b>