

Regione Calabria
Registro della Implantologia Protesica Ortopedica
(RIPOC)
GINOCCHIO

Ospedale

(obbligatorio)

Reparto/Divisione

Cognome**Nome**

(obbligatorio)

(obbligatorio)

Sesso**Data di nascita**

(obbligatorio) M F

(obbligatorio) ___ / ___ / ___

Comune di nascita (o Stato Estero):**Provincia:****Comune di residenza****Provincia:**

(obbligatorio)

Codice Fiscale**Telefono**

(obbligatorio)

(obbligatorio)

Data ricovero: ___ / ___ / ___**Data dimissione**

(obbligatorio) ___ / ___ / ___

Data trasferimento: ___ / ___ / ___

Dati per il follow-up

Il paziente è già portatore di protesi di ginocchio?

NO	SI, ginocchio DX	SI, ginocchio SN
	Operato nell'anno: _____	Operato nell'anno: _____
	Ha subito intervento di: Protesi unicompartimentale Protesi bicompartimentale Reimpianto	Ha subito intervento di: Protesi unicompartimentale Protesi bicompartimentale Reimpianto



Dati intervento

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

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

Nessuna	Autologa, predeposito
Autologa, da recupero intraoperatorio	Omologa

Dati artroprotesi

Tipo di protesi implantata:

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	

