

Regione Calabria

Registro della Implantologia Protesica Ortopedica (RIPOC)

ANCA

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 _____

(obbligatorio)

Provincia: _____

Codice Fiscale _____**Telefono** _____

(obbligatorio)

(obbligatorio)

Data ricovero: ____ / ____ / ____

Data dimissione

(obbligatorio) ____ / ____ / ____

Data trasferimento: ____ / ____ / ____

Dati per il follow-up

Il paziente è già portatore di protesi d'anca?

NO	SI, anca DX	SI, anca SN
	Operato nell'anno: _____	Operato nell'anno: _____
	Ha subito intervento di: <div style="text-align: center;"> Artroprotesi primaria Endoprotesi Reimpianto </div>	Ha subito intervento di: <div style="text-align: center;"> Artroprotesi primaria Endoprotesi Reimpianto </div>



Dati intervento

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

Tipo intervento (obbligatorio)

Artroprotesi primaria Reimpianto totale oppure Reimpianto stelo Reimpianto cotile Reimpianto testina Reimpianto inserto	Espianto Endoprotesi	Pulizia chir Riduz. luss. Asport. Ossif. Altro (specificare) _____
---	-----------------------------	--

Diagnosi (obbligatorio)

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

Trattamento farmacologico

Profilassi antibiotica			
Ceftizoxina (Eposirin)	Cefazolina (Totacef,	Gentamicina (Gentalyn,	Altro (specificare)
Ceftriaxone (Rocefin)	Cefotaxime (Zariviz)	Tobramicina (Nebicina)	
Cefuroxina (Curoxin)	Teicoplanina (Targosid)	Trimetoprin +	
Cefamandolo (Mandokef, Cedol,	Ceftazidima (Glazidim)		

Tecnica chirurgica

Incisione chirurgica:	Innesti ossei:	Anelli di rinforzo del cotile:
Anteriore	NO	NO
Laterale	Acetabolari	SI
Laterale con osteotomia trocanterica	Femorali	
Postero-laterale	Entrambi	
Altro (specificare)		

Trasfusioni

Nessuna	Autologa, predeposito
Autologa, da recupero intraoperatorio	Omologa

Etichette intervento artroprotesi / endoprotesi

(obbligatorio)

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

