

# 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;"> <b>Artroprotesi primaria</b>  <b>Endoprotesi</b>  <b>Reimpianto</b> </div>	Ha subito intervento di:  <div style="text-align: center;"> <b>Artroprotesi primaria</b>  <b>Endoprotesi</b>  <b>Reimpianto</b> </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)**

<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>

