

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROTESIS DE CADERA

ARTROSIS

FRACTURA

RECAMBIO

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de autorización del F N R: ____/____/____

Fecha de realización: ____/____/____

Cadera: Derecha Izquierda

Cirujano : N° de caja profesional _____ Dr. _____

Ayudante: N° de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ____/____/____

Pasa a: Institución de origen Domicilio habitual Casa de salud
 Domicilio familiar u otro Centro de rehabilitación

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Lugar: Block UCI Otro

Causa de fallecimiento: Cardíaca Pulmonar
 Neurológica Sangrado
 Renal Otra
 Vascular
 Sepsis

DATOS DEL PACIENTE

Score de estado físico de la ASA: I II III IV

DATOS DE LA CIRUGÍA

Sala de aire laminar: SI NO

Anestesia: general regional

Antibióticos: NO SI
 Pre Intra Postoperatorios

Cual _____

Transfusiones: SI NO Sangrado: _____ cm3

Duración de la cirugía: _____ m.

Clasificación de la cirugía según potencial de contaminación:

Limpia Potencialmente contaminada
 Contaminada

