

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROTESIS DE CADERA

**ARTROSIS**

**FRACTURA**

**RECAMBIO**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días      Sexo:  Femenino  Masculino      IMAE \_\_\_\_\_

IMAE donde se realiza el procedimiento: \_\_\_\_\_  
=====

Fecha de autorización del F N R: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha de realización:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cadera:  Derecha  Izquierda

Cirujano :      Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Ayudante:      Nº 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  
 Vasculare       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

## PROCEDIMIENTO REALIZADO

- |                                                              |                                                     |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemiartroplastia unipolar cementada | <input type="checkbox"/> Recambio de cotilo         |
| <input type="checkbox"/> Hemiartroplastia bipolar cementada  | <input type="checkbox"/> Recambio de tallo          |
| <input type="checkbox"/> Artroplastia total                  | <input type="checkbox"/> Recambio total             |
|                                                              | <input type="checkbox"/> Recambio parcial por total |

Tipo de cemento:       Con antibiótico       Sin antibiótico      N° de dosis \_\_\_\_\_

**RECONSTRUCCIÓN:**       NO       SI

Injerto:	<input type="checkbox"/> Acetábulo	Tipo de injerto:	<input type="checkbox"/> Compactado	Cabezas:	<input type="checkbox"/> 1 a 3
	<input type="checkbox"/> Femur		<input type="checkbox"/> Estructurado		<input type="checkbox"/> 4 a 6
	<input type="checkbox"/> Ambos		<input type="checkbox"/> Autoinjerto		<input type="checkbox"/> + de 6

Necesidad de otros elementos:    NO    SI       Mallas       Anillos       Tornillos       Otros       Placas

## DISPOSITIVOS UTILIZADOS

TALLOS       NO       SI      Dispositivos \_\_\_\_\_

CEMENTOS       NO       SI      Dispositivos \_\_\_\_\_

COTILOS       NO       SI      Dispositivos \_\_\_\_\_

**COMPLICACIONES:**       NO       SI

Intraoperatorias:

a) Médicas:

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CV    | <input type="checkbox"/> NEURO |
| <input type="checkbox"/> TEP   | <input type="checkbox"/> OTRAS |
| <input type="checkbox"/> RESP. |                                |

b) Traumatólogicas:

- |                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ruptura del fondo de cotilo                                              |  |
| <input type="checkbox"/> fractura de fémur                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> falsa ruta                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> corregida <input type="checkbox"/> no corregida |  |
| <input type="checkbox"/> lesión nerviosa                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> visceral <input type="checkbox"/> vascular      |  |
| <input type="checkbox"/> otras                                                                    |  |

Postoperatorias :

a) Médicas:

- |                                |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CV    | <input type="checkbox"/> Neuro      |
| <input type="checkbox"/> TEP   | <input type="checkbox"/> Infecciosa |
| <input type="checkbox"/> Resp. | <input type="checkbox"/> Gastro     |

b) Traumatólogicas:

- |                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lesión nerviosa | <input type="checkbox"/> hemartrosis |
| <input type="checkbox"/> lesión vascular | <input type="checkbox"/> infección   |
| <input type="checkbox"/> fractura        | <input type="checkbox"/> sepsis      |
| <input type="checkbox"/> luxación        | <input type="checkbox"/> otras       |