

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROTESIS DE RODILLA

IMPLANTE PRIMARIO

REVISIÓN

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

IMAIE donde se realiza el procedimiento: _____

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

Fecha de realización: ____/____/____

Rodilla: 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. Tiempo de torniquete: _____ m. Drenaje: SI NO

Alineación post operatoria: Valgo _____ ° Varo _____ ° Neutro

Estabilidad extensión: Estable Inestable -----> Interna Externa

Flexo extensión: _____ °

Clasificación de la cirugía según potencial de contaminación:

Limpia Potencialmente contaminada Contaminada

PROCEDIMIENTO REALIZADO

Artroplastia total de rodilla

Recambio de componente femoral

Recambio de componente rotuliano

Recambio de componente tibial

Recambio total

Tipo de prótesis: Convencional

Estabilizada/Constreñida

Con componentes estabilizados

No convencional Abisagrada

Tipo de cemento: Con antibiótico

Sin antibiótico

Nº de dosis _____

DISPOSITIVOS UTILIZADOS

COMPONENTE FEMORAL NO SI

OTROS COMPONENTES NO SI

Dispositivos _____

Dispositivos _____

COMPONENTE TIBIAL NO SI

CEMENTOS NO SI

Dispositivos _____

Dispositivos _____

COMPONENTE ROTULIANO NO SI

Dispositivos _____

COMPLICACIONES : NO SI

Intraoperatorias:

a) Médicas: CV NEURO

TEP RESP.

OTRAS

b) Traumatológicas:

lesión nerviosa

lesión vascular

lesión de ligamento

Otras

Fractura

Postoperatorias :

a) Médicas:

CV Neuro

TEP Sepsis

Resp. Embolia grasa

Otras

b) Traumatológicas:

lesión nerviosa

infección

lesión vascular

necrosis cutánea

fractura

luxación

otras