

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÓTESIS DE CADERA

Artrosis

Fractura

Recambio

FECHA : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días

Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

Procedimiento: a coordinar:

ya realizado:

Fecha de realización: ___/___/___

Motivo por el cual se realizó antes de solicitar autorización: _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

MEDICO INTERNISTA:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

ANTECEDENTES PERSONALES

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

APARATO LOCOMOTOR No Si

- Patología de cadera
 - Displasia Pobre dens. ósea femoral
 - Coxoartrosis Otros
 - Coxoartrosis contralateral
- Neuropatía
- Artropatía
- Miopatía
- Osteopatía Especificar _____

INTERVENCIONES TRAUMAT. PREVIAS: No Si

- Cirugía de cadera previa fecha ___/___/___
 - derecha izquierda
 - Hemiartroplastia Reconstrucción
 - Artroplastia total Osteosíntesis
 - Recambio parcial Otra _____
 - Recambio total
- Otros proced.terapéuticos previos Fecha ___/___/___
Tipo _____

Antecedentes generales No Si

CARDIOVASCULARES No Si

- (01)Cardiopatía isquémica (06)Claudicación intermitente
- (02)Cardiopatía valvular (07)Insuf. venosa crónica
- (03)Arritmias (08)TVP
- (04)HTA (09)Otros
- (05)Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: I II III IV

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- (26)Insuficiencia renal (28)Infección urinaria
- (27)Diálisis (29)Otros

RESPIRATORIOS No Si

- (10)Asma (13)TBC
- (11)Bronquitis crónica (14)Otros
- (12)EPOC

DIGESTIVOS No Si

- (30)Hepatopatía (32)Otros
- (31)Enfermedad diverticular

NEUROLÓGICOS No Si

- (15)AVE (18)Síndrome Parkinsoniano
- (16)Encefalopatía vascular (19)Demencia
- (17)Epilepsia (20)Otros

HEMATOLÓGICOS No Si

- (33)Trastornos hemorrágíparos (35)Anemia
- (34)Estados trombofílicos (36)Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- (21)Diabetes (24)Obesidad
- (22)Hipotiroidismo (25)Otros
- (23)Hipertiroidismo

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS No Si

- (37)Localizada
- (38)Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

- (39)HIV (41)Tabaquismo
- (40)Alcoholismo (42)Otros

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Llenar sólo lo referente al último mes

Seleccione de los antecedentes personales generales del bloque anterior, las comorbilidades de acuerdo a su N° (entre paréntesis), que considere de mayor valor pronóstico para este paciente:

- | | | | |
|----------|--|----------|--|
| N° (___) | <input type="checkbox"/> Internación en 6 meses previos | N° (___) | <input type="checkbox"/> Internación en 6 meses previos |
| | <input type="checkbox"/> Requiere actualmente medicación | | <input type="checkbox"/> Requiere actualmente medicación |
| | <input type="checkbox"/> Actualmente compensada | | <input type="checkbox"/> Actualmente compensada |
| | <input type="checkbox"/> Actualmente descompensada | | <input type="checkbox"/> Actualmente descompensada |

INFECCIONES: NO SI

- Urinaria → en tratamiento Post cirugía de cadera → en tratamiento
- Cutánea → en tratamiento Otras → en tratamiento

DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL

Deambulaci3n: Ambulatorio en la comunidad Ambulatorio en domicilio Incapaz de caminar

Actividades de la vida diaria: Dependencia total Dependencia escasa
(Comprar comestibles, preparar comida Dependencia severa Independencia
manejar dinero, aseo personal, vestirse Dependencia moderada
desvestirse, tomar medicaci3n y control esfinteriano)

Estado mental: Mentalmente alerta Deterioro mental **Grado:** leve moderado severo

Peso _____ kg. Talla _____ cm. IMC: _____, _____

EVALUACI3N DE CADERA

Sntomas y signos

Cadera: Derecha Izquierda Ambas

Dolor:
 1 – Espontneo invalidante
 2- Impide toda actividad
 3- Permite actividad limitada
 4- Durante la marcha no en reposo
 5- Al comenzar la marcha
 6- No dolor

Marcha:
 1- Postrado – cama o sill3n
 2- Dos bastones o muletas
 3- Con bast3n corta distancia
 4- Con bast3n larga distancia
 5- Cojera – no usa bast3n
 6- Normal

Comienzo: dfas meses aros **Evoluci3n:** cr3nica rrpida aguda

Rigidez articular: Si No

Movilidad pasiva

Flexi3n de:		A		=	
ABD:		ADD:		=	
R.E.:		R.I.		=	

Numeraci3n de la movilidad	
0 a 30 = 1	100 a 160 = 4
30 a 60 = 2	160 a 210 = 5
60 a 100 = 3	+ 210 = 6

Corresponde N^o

Movilidad activa

Flexi3n con rodilla extendida
 Abducci3n contra gravedad
 Flexi3n de rodilla normal
 Flexi3n de rodilla limitada

ESTUDIOS REALIZADOS

	Normal	Anormal
HEMOGRAMA		
V.D.R.L.		
V.E.S.		
GLICEMIA		
AZOEMIA		
CRATININEMIA		
IONOGRAMA		

	Normal	Anormal
ORINA		
UROCULTIVO		
CRISIS		
HIV		
Rx. TORAX		
EXAM. ODONTOLOGICO		

RADIOGRAFÍA DE CADERA NO SI Fecha ___/___/___

Acetábulo: Conservado Defecto mixto Def. cavitario Def. segmentario Disrup. pélvica

- Femur: Conservado Adel. Cortical < 50% Adel. Cortical > 50%
 Def. ant-interno trocánter menor Perd. Circunferencial
- Artrosis incipiente Polo superior Polo medial → Grado 1 Grado 2 Grado 3
- Protusión acetabular
 Artrosis concéntrica
 Artrosis destructiva Cefálico Acetabular Tipo tuberculoso
 Necrosis
 Subluxación congénita
 Luxación congénita
 Fractura de cadera
 No clasificada

RMN DE CADERA: NO SI Fecha ___/___/___

Normal Anormal Resultado _____

TAC DE CADERA: NO SI Fecha ___/___/___

Normal Anormal Resultado _____

CENTELLOGRAMA ÓSEO: NO SI Fecha ___/___/___

Normal Anormal Resultado _____

ECG: NO SI Fecha ___/___/___

Normal Anormal Resultado _____

MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el médico tratante por un período mayor a un mes

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANALGÉSICOS
<input type="checkbox"/> No opioides
<input type="checkbox"/> Opioides | <input type="checkbox"/> ANTIHIPERTENSIVOS
<input type="checkbox"/> DIURÉTICOS |
| <input type="checkbox"/> ANTIINFLAMATORIOS SISTÉMICOS
<input type="checkbox"/> AINE | <input type="checkbox"/> ANTIDIABÉTICOS ORALES
<input type="checkbox"/> INSULINA |
| <input type="checkbox"/> CORTICOIDES DE USO REUMALOLÓGICO
<input type="checkbox"/> Uso intraarticular
<input type="checkbox"/> Uso sistémico | <input type="checkbox"/> ANSIOLÍTICOS
<input type="checkbox"/> Benzodiazepínicos |
| <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTES ORALES | <input type="checkbox"/> ANTIPSICÓTICOS
<input type="checkbox"/> Neurolépticos |
| | <input type="checkbox"/> OTROS |

RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Buena Regular Mala

