

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROTESIS DE RODILLA

IMPLANTE PRIMARIO

REVISIÓN

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

IMAE donde se realiza el procedimiento: _____

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

Fecha de realización: ____/____/____

Rodilla: 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 Residencial adulto mayor
 Domicilio familiar u otro Centro de rehabilitación

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Lugar: Block UCI Otro

Causa de fallecimiento: Cardíaca Sangrado
 Neurológica Otra
 Vascular
 Sepsis

DATOS DEL PACIENTE (Datos al momento de la cirugía)

Peso (Kg.): _____ Talla (cm): _____ IMC: _____

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

Tabaquismo actual: SI NO

DATOS DE LA CIRUGÍA

Sala de aire laminar: SI NO Abordaje: Anterior Otro

Anestesia: general regional local potenciada

Dosis ATB preoperatoria: NO SI Cual: _____ Dosis (mg): _____

Tiempo entre dosis ATB preoperatoria e incisión de piel: ____ min.

Dosis ATB de repique intraoperatorio: SI NO

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
Transfusiones: SI NO Sangrado: _____ cm3
Acido Tranexámico: SI NO Contraindicado
Vía: Tópica Sistémica Cantidad de dosis: __ __

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 N° de dosis _____

POSTOPERATORIO:

ATB post operatorio: NO SI Cuales: _____ Duración (días): __ __
Profilaxis de ETEV: NO SI Duración (Días): __ __ Cual: HBPM
 Rivaroxaban
 Rivaroxaban + AAS
 Apixaban
 Dabigatran
 Mecánica
 Otra

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: Cardiovasculares Neurológicas
 TEP Respiratorias
 Otros Cual: _____

- b) Traumatológicas:
 lesión nerviosa lesión vascular
 lesión de ligamento Otras
 Fractura

Postoperatorias:

- a) Médicas:
 Cardiovasculares Sepsis
 TEP Embolia grasa
 Respiratorias Hemorragia digestiva
 TVP Otras
 Neurologicas

- b) Traumatológicas:
 lesión nerviosa infección de sitio quirúrgico → Superficial Profunda
 lesión vascular luxación
 fractura otras
 necrosis cutánea

RE- INTERVENCIONES: NO SI Causa: _____