

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÓTESIS DE CADERA

Artrosis Fractura Recambio

FECHA : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años 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 CP _____ Nombre _____ Firma _____

MEDICO INTERNISTA:

Nº de CP _____ Nombre _____ Firma _____

ANTECEDENTES PERSONALES

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

APARATO LOCOMOTOR No Si

- Coxartrosis contralateral
- Artrosis en otros territorios

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

- Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardíaca
- Cardiopatía valvular TVP
- Arritmias Otros
- HTA

FEVI (%): _____

RESPIRATORIOS No Si

- Asma EPOC Otros

NEUROLÓGICOS No Si

- ACV Síndrome Parkinsoniano
 - Demencia Otros
- Espec. _____

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- Diabetes Obesidad
- Hipotiroidismo Otros

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Diálisis Otros

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Otros

HEMATOLÓGICOS No Si

- Trastornos hemorrágicos Anemia
- Estados trombofílicos Otros

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS No Si

- Localizada Diseminada

OTROS No Si

- VIH Tabaquismo actual
- Alcoholismo Tabaquismo previo
- Otros

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Internaciones en los 6 meses previos: Si No

Infecciones con antibioticoterapia: No Si

Cuál? Urinaria Respiratoria Cutánea Osteoarticular Otras

DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL

Deambulaci3n: Ambulatorio en la comunidad solo Ambulatorio en domicilio solo
 Ambulatorio en la comunidad acompa1ado Ambulatorio en domicilio acompa1ado
 Incapaz de caminar

Distancia que camina en metros: _____

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 - Espont1neo invalidante 1- Postrado - cama o sill3n
 2- Impide toda actividad 2- Dos bastones o muletas o andador
 3- Permite actividad limitada 3- Con bast3n corta distancia
 4- Durante la marcha no en reposo 4- Con bast3n larga distancia
 5- Al comenzar la marcha 5- Cojera - no usa bast3n
 6- No dolor 6- Normal

EVA (1-10): _____

Rigidez articular: Si No

ESTUDIOS REALIZADOS

Hemoglobina (g/dl): _____, ____ Creatininemia (g/dl): _____, ____ Alb3mina (g/l): _____, ____

MEDICACI3N Y TRATAMIENTOS QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar s3lo los f1rmacos para patolog1a osteoarticular que vienen siendo suministrados por el m3dico tratante por un per3odo mayor a un mes

AINE Col1geno Acupuntura
 Analg3sicos No opioides Condroitin Infiltraci3n local no corticoides
 Analg3sicos Opioides Extracto de Palta Hidroterapia
 Corticoides de uso reumatol3gico/intraarticular Extracto de Cannabis Fisioterapia
 Corticoides de uso reumatol3gico/sist3mico Biol3gicos Otros
 FAME

DIAGNÓSTICO

FRACTURA

- Fractura extracapsular: Subtrocantérica Intertrocantérica
 Fractura intracapsular: Subcapital → desplazada
 Mesocervical → desplazada
 Basicervical → desplazada

FRACTURA: espontánea
 traumática

HUESO: normal
 patológico
 Esp. _____

Fecha de la fractura: ___/___/___

ARTROSIS

- Diagnóstico etiológico de causa desconocida
 Diagnóstico etiológico de causa conocida
 Caderas displásicas

Caderas no displásicas

- Secuela de artritis u osteoartritis infecciosa.
 Artritis reumatoidea
 Espondiloartropatía
 Otras artritis
 Osteonecrosis aséptica
 Secuela de fracturas no tratadas
 Otro diagnóstico

RECAMBIO

- Aflojamiento aséptico de la prótesis Pérdida ósea
 Fractura de tallo Infección de la prótesis
 Subluxación de la prótesis Otro diagnóstico
 Luxación de la prótesis

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

SOBRE CADERA:

DERECHA

IZQUIERDA

- Hemiartroplastia unipolar cementada
 Hemiartroplastia bipolar cementada
 Artroplastia total
 Prótesis tumoral / No convencional

- Recambio de cotilo
 Recambio de tallo
 Recambio total
 Recambio parcial por total

RECONSTRUCCIÓN:

NO SI

Necesidad de injerto: No Si

Grado de certeza: Seguro Probable

Origen: Autoinjerto Aloinjerto

Lugar de injerto: Acetábulo Femur Ambos

Tipo de injerto: Compactado Estructurado

Cabezas: 1 a 3 4 a 6 + de 6

Necesidad de otros elementos: No Si

Grado de certeza: Seguro Probable

Cuáles elementos? Mallas Tornillos Placas Anillos Otros

DISPOSITIVOS

Edad > o igual a 75 años

- Prótesis monoblock
- Prótesis modular cementada

Edad < a 75 años

- Prótesis monoblock
- Prótesis modular cementada
- Prótesis modular cementada con cotilo doble movilidad
- Prótesis híbrida con cabeza de metal
- Prótesis híbrida con cabeza de cerámica
- Prótesis híbrida con cotilo doble movilidad

Otros dispositivos

- Cotilo doble movilidad cementado
- Prótesis de fijación distal no cementado
- Otros. Especifique: _____

INGRESO POR SISTEMA