



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
 - Hemiarthroplastia Reconstrucción
 - Artroplastia total Osteosíntesis
 - Recambio parcial Otra _____
 - Recambio total
- Otros proced.terapéuticos previos Fecha ____/____/
Tipo _____

Antecedentes generales

No Si

CARDIOVASCULARES No Si

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

FEVI (%): ____

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Diálisis Otros

RESPIRATORIOS No Si

DIGESTIVOS No Si

- Asma EPOC Otros

Hepatopatía Otros

NEUROLÓGICOS No Si

HEMATOLÓGICOS No Si

- ACV Síndrome Parkinsoniano
- Demencia Otros

Trastornos hemorragíparos Anemia

Espec. _____

Estados trombofílicos Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS No Si

- Diabetes Obesidad
- Hipotiroidismo Otros

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

Deambulación:	<input type="checkbox"/> Ambulatorio en la comunidad solo <input type="checkbox"/> Ambulatorio en la comunidad acompañado <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar	<input type="checkbox"/> Ambulatorio en domicilio solo <input type="checkbox"/> Ambulatorio en domicilio acompañado
---------------	---	--

Distancia que camina en metros: _____

Actividades de la vida diaria:	<input type="checkbox"/> Dependencia total <input type="checkbox"/> Dependencia severa <input type="checkbox"/> Dependencia moderada	<input type="checkbox"/> Dependencia escasa <input type="checkbox"/> Independencia
--------------------------------	--	---

(Comprar comestibles, preparar comida manejar dinero, aseo personal, vestirse desvestirse, tomar medicación y control esfinteriano)

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

Peso _____, ___ kg.

Talla _____ cm.

IMC: _____

EVALUACIÓN DE CADERA

Síntomas y signos

Cadera: Derecha

Izquierda Ambas

Dolor:

- 1- Espontáneo 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 sillón
- 2- Dos bastones o muletas o andador
- 3- Con bastón corta distancia
- 4- Con bastón larga distancia
- 5- Cojera – no usa bastón
- 6- Normal

EVA (1-10): _____

Rigidez articular: Si No

ESTUDIOS REALIZADOS

Hemoglobina (g/dl): _____

Creatininemia (g/dl): _____

Albúmina (g/l): _____

MEDICACIÓN Y TRATAMIENTOS QUE RECIBE EL PACIENTE

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AINE | <input type="checkbox"/> Colágeno | <input type="checkbox"/> Acupuntura |
| <input type="checkbox"/> Analgésicos No opioides | <input type="checkbox"/> Condroitín | <input type="checkbox"/> Infiltración local no corticoides |
| <input type="checkbox"/> Analgésicos Opioides | <input type="checkbox"/> Extracto de Palta | <input type="checkbox"/> Hidroterapia |
| <input type="checkbox"/> Corticoides de uso reumatólogico/intraarticular | <input type="checkbox"/> Extracto de Cannabis | <input type="checkbox"/> Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Corticoides de uso reumatólogico/sistémico | <input type="checkbox"/> Biológicos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> FAME | | |

DIAGNÓSTICO

FRACTURA

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fractura extracapsular: | <input type="checkbox"/> Subtrocantérica | <input type="checkbox"/> Intertrocantérica |
| <input type="checkbox"/> Fractura intracapsular: | <input type="checkbox"/> Subcapital → <input type="checkbox"/> desplazada | |
| | <input type="checkbox"/> Mesocervical → <input type="checkbox"/> desplazada | |
| | <input type="checkbox"/> Basicervical → <input type="checkbox"/> 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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aflojamiento aséptico de la prótesis | <input type="checkbox"/> Pérdida ósea |
| <input type="checkbox"/> Fractura de tallo | <input type="checkbox"/> Infección de la prótesis |
| <input type="checkbox"/> Subluxación de la prótesis | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Luxación de la prótesis | |

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

SOBRE CADERA: DERECHA

IZQUIERDA

- Hemiarthroplastia unipolar cementada
- Hemiarthroplastia 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: _____