

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÓTESIS DE RODILLA

Implante primario

Revisión

FECHA : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Procedimiento: a coordinar: Fecha de coordinación: ___/___/___

MEDICO SOLICITANTE:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

MEDICO INTERNISTA:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

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

Intervenciones traumatológicas previas: No Si

Cirugía de rodilla previa Fecha ___/___/___ Derecha. Izquierda.
 Otros proced.terapéuticos previos Fecha ___/___/___

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

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

Espec. _____

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 acompaado Ambulatorio en domicilio acompaado
 Incapaz de caminar

Tiempo m3ximo que permanece en pie: 15 minutos 15-30 minutos M3s de 30 minutos

Distancia que camina en metros: _ _ _ _ _

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

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

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

EVALUACI3N DE RODILLA

Rodilla: Derecha Izquierda

Dolor: No Si **EVA (1 a 10):** _ _

Sube escaleras: No Si **Como?:** Normal Con apoyo

Usa auxiliares de la marcha: No Si **Cual?:** 1 bast3n 2 bastones Andador
 1 muleta 2 muletas Otro

ESTUDIOS REALIZADOS

Hemoglobina (g/dl): _ _ , _ Creatininemia (g/dl): _ , _ _ Alb3mina (g/l): _ , _

MEDICACI3N Y TRATAMIENTOS QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar s3lo los f3rmacos para patolog3a osteoarticular que vienen siendo suministrados por el m3dico tratante por un per3odo mayor a un mes

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AINE | <input type="checkbox"/> Col3geno | <input type="checkbox"/> Acupuntura |
| <input type="checkbox"/> Analg3sicos No opioides | <input type="checkbox"/> Condroitin | <input type="checkbox"/> Infiltraci3n local no corticoides |
| <input type="checkbox"/> Analg3sicos Opioides | <input type="checkbox"/> Antiepilepticos | <input type="checkbox"/> Hidroterapia |
| <input type="checkbox"/> Corticoides de uso reumatol3gico/intraarticular | <input type="checkbox"/> Extracto de Palta | <input type="checkbox"/> Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Corticoides de uso reumatol3gico/sist3mico | <input type="checkbox"/> Extracto de Cannabis | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> FAME | <input type="checkbox"/> Biol3gicos | |

DIAGN3STICO

Implante primario

- Artrosis primaria
- Artrosis secundaria
- Artritis reumatoidea
- Otra artritis inflamatoria
- Necrosis avascular
- Tumor

Revisi3n

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infecci3n → <input type="checkbox"/> precoz <input type="checkbox"/> tard3a | <input type="checkbox"/> Luxaci3n |
| <input type="checkbox"/> Desgaste y rupturas | <input type="checkbox"/> Aflojamiento |
| <input type="checkbox"/> Inestabilidad articular | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> P3rdida 3sea progresiva | <input type="checkbox"/> Otros |

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Sobre rodilla: Derecha Izquierda

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artroplastia total de rodilla | Tipo de pr3tesis: <input type="checkbox"/> Convencional |
| <input type="checkbox"/> Revisi3n total de pr3tesis de rodilla | <input type="checkbox"/> Estabilizada/Constreoida |
| <input type="checkbox"/> Revisi3n parcial de pr3tesis de rodilla | <input type="checkbox"/> Con componentes estabilizados |
| | <input type="checkbox"/> No convencional |
| | <input type="checkbox"/> Abisagrada |