

KOLČNA ENDOPROTEZA REVIZIJSKA

Št. kartice ZZZS:

 Bolnišnica (št. izvajalca):
 Operater (št.):
Stran:

-
- desna
-
-
- leva

Predhodne operacije na tem kolku:

-
- totalna kolčna endoproteza
-
-
- parcialna kolčna endoproteza
-
-
- odstranitev proteze (Girdlestone)
-
-
- menjava
- acetabularne komponente: leta v bolnišnici
 - femoralne komponente: leta v bolnišnici
 - glave: leta v bolnišnici
-
- drugo:

Datum primarnega posega:**Bolnišnica/Klinika:****ODSTRANJENI DELI PROTEZE SO:**

<u>Acetabularni del:</u>		<u>Femoralni del:</u>
<input type="checkbox"/> Acetabulum:	Proizvajalec:	<input type="checkbox"/> Stem:
ime:	<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/>	ime:
Tip:	<input type="checkbox"/> Endoplus - S&N <input type="checkbox"/>	Tip:
<input type="checkbox"/> cementiran	<input type="checkbox"/> Link <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cementiran
<input type="checkbox"/> necementiran	<input type="checkbox"/> Lima <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> necementiran
<input type="checkbox"/> <i>izoelastični</i>	<input type="checkbox"/> Cremascoli – Wright <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>izoelastični</i>
<input type="checkbox"/> <i>navojni</i>	<input type="checkbox"/> Biomet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>thrust plate</i>
<input type="checkbox"/> <i>press-fit</i>	<input type="checkbox"/> J&J <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>preplastitveni</i>
<input type="checkbox"/> <i>revizijski</i>	<input type="checkbox"/> Protek <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Mathys <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vrat
	<input type="checkbox"/> Medacta International <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vložek:	<input type="checkbox"/> Unior <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glava:
<input type="checkbox"/> PE	<input type="checkbox"/> Helipro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> keramika
<input type="checkbox"/> Keramika	<input type="checkbox"/> drugo: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kovina
<input type="checkbox"/> kovina	<input type="checkbox"/> neznano <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> premer (mm):

VZROK REVIZIJE:

(izberi glavnega, možen samo en odgovor)

- omajanje acetabularnega dela
- omajanje femoralnega dela
- omajanje obeh delov
- izpah proteze
- zgodnji infekt (do 3 m po primarni)
- pozni infekt
- periprotetični zlom acetabuluma
- periprotetični zlom femurja
- osteoliza acetabuluma (brez omajanja)
- osteoliza femurja
- osteoliza obeh delov
- zlom proteze
- obraba vložka
- obsejnostna osifikacija
- stanje po odstranitvi komponent
- bolečina
- drugo:

OBSEG REVIZIJE:

- menjava:
 - celotne proteze
 - acetabularnega dela
 - glave
 - femoralnega dela
 - samo vratu femoralnega dela
 - samo vložka acetabuluma
- prehod v totalno protezo (iz predhodne parcialne)
- odstranitev komponent (Girdlestone)
- reimplantacija po odstranitvi
- drugo:

Datum operacije: _____

NOVE KOMPONENTE:**ACETABULARNI DEL:**

ime proizvajalca:

velikost:

LOT:

(nalepka)

REF:

cement - ime:

(nalepka)

posebej dodan antibiotik - kateri:

VLOŽEK:

material (PE, keramika, kovina):

LOT:

(nalepka)

REF:

FEMORALNI DEL:

ime proizvajalca:

velikost:

LOT:

(nalepka)

REF:

cement - ime:

(nalepka)

posebej dodan antibiotik - kateri:

VRAT:

LOT:

(nalepka)

REF:

GLAVA:

ime proizvajalca:

material (keramika, kovina):

velikost (Φ):

LOT:

(nalepka)

REF:

Ostalo: obroč : ime*(nalepka)* vijaki žice plošče