

REGISTRUL NATIONAL DE ENDOPROTEZARE (R.N.E.)

Formular Individual pentru Operatia de Revizie de Genunchi - Tip 3b

RAPORTARE OBLIGATORIE PRIN LEGE CONFORM Ordin M.S. nr 10/2005 si Ordin M.S. 86/2006

(se completeaza pentru orice revizuire a unui implant, indiferent daca se foloseste o proteza primara sau de revizie)

Data Operatie*: ___/___/___ (zi/ luna/ an) **Data completare*:** ___/___/___ (zi/ luna/an) IID INTRARE (RNE): _____

Data internarii: ___/___/___ **Data externarii:** ___/___/___ **Foaiete Observatie:** _____

Spital*: Denumire oficiala: _____	Sectia ortopedie (nr): _____
PARAFA RAPORTOR RNE (VALIDARE/ VERIFICARE)	PARAFA MEDIC OPERATOR (CORECTITUDINE COMPLETARE)

Pacient*:	CNP*: _____	
	Nume*: _____	Prenume*: _____
	Data Nasterii: _____	Sex : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
	Adresa: _____	Tara*: _____ Judet*: _____ Localitate*: _____ Cod Postal: _____
	Adresa* _____	

Provenienta implant * :	Casa de asigurari * :
<input type="radio"/> Asigurare Stat <input type="radio"/> Asigurare Privata <input type="radio"/> Plata Pacient <input type="radio"/> Donatie	<input type="radio"/> De Stat / CNAS <input type="radio"/> De Stat / OPSNAJ <input type="radio"/> De Stat / CAST <input type="radio"/> Alta:

Revizuire *	Partea *
<input type="checkbox"/> Intregul sistem <input type="checkbox"/> Componenta femurala <input type="checkbox"/> Componenta tibiala <input type="checkbox"/> Patela <input type="checkbox"/> Insertul	<input type="checkbox"/> Dreapta <input type="checkbox"/> Stanga
<input type="checkbox"/> Osteosinteza <input type="checkbox"/> Inlocuire <input type="checkbox"/> Alta: _____	

DATE		
<small>In aceasta sectiune se vor trece informatii despre implantul anterior (cel existent in pacient la data reviziei).</small>		
IMPLANT ANTERIOR*: Spital: _____		Data Operatie: ___/___/___ (zi/ luna/ an)
Proteza *	Componenta Femurala *	Componenta tibiala *
<input type="radio"/> Monocondiliana <input type="radio"/> Bicondiliana <input type="radio"/> Trohleopatelara	Producator: _____ Tip (nume): _____	Producator: _____ Tip (nume): _____
Tip Fixare *	Insert *	Componenta patelara *
<input type="radio"/> Cimentata <input type="radio"/> Necimentata <input type="radio"/> Hibrid (fem cim) <input type="radio"/> Hibrid (tib cim)	Producator: _____ Tip (nume): _____ Mobilitate: <input type="radio"/> Fix <input type="radio"/> Numai rotator <input type="radio"/> Mobil	Are patela? <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU Tip fixare: <input type="radio"/> Cimentata <input type="radio"/> Necimentata Producator: _____ Tip (nume): _____

Motiv revizie *	Procedura (abord) *	Profilaxie antibiotice *
<input type="checkbox"/> Infectie precoce <input type="checkbox"/> Infectie cronica <input type="checkbox"/> Decimentarea aseptica a componentei femurale (loosening) <input type="checkbox"/> Decimentarea aseptica a componentei tibiale (loosening) <input type="checkbox"/> Decimentarea aseptica a componentei patelare (loosening) <input type="checkbox"/> Necroza patelara <input type="checkbox"/> Luxatie patelara <input type="checkbox"/> Durere patelara	<input type="checkbox"/> Fractura periprotetica <input type="checkbox"/> Instabilitatea ligamentelor colaterale <input type="checkbox"/> Instabilitatea LIP <input type="checkbox"/> Luxatie <input type="checkbox"/> Uzura insert / Defect <input type="checkbox"/> Implant rupt <input type="checkbox"/> Limitarea amplitudinii de miscare <input type="checkbox"/> Malimplantare <input type="checkbox"/> Durere fara semne decimentare <input type="checkbox"/> Altele: _____	<input type="checkbox"/> Medial vast <input type="checkbox"/> Parapatelar intern <input type="checkbox"/> Parapatelar extern <input type="checkbox"/> Sub vast <input type="checkbox"/> Osteotomie tuberozitară <input type="checkbox"/> Alta: _____
		<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU Tip de AB(1): _____ Dozaj: _____ Zile: _____ Tip de AB(2): _____ Dozaj: _____ Zile: _____ Tip de AB(3): _____ Dozaj: _____ Zile: _____

Grefe *	Pana de augmentare *
<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU <input type="checkbox"/> Grefe structurale <input type="checkbox"/> Grefe "morselate"	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU <input type="checkbox"/> Femural <input type="checkbox"/> Tibial

REGISTRUL NATIONAL DE ENDOPROTEZARE (R.N.E.)

Formular Individual pentru Operatia de Revizie de Genunchi - Tip 3b

RAPORTARE OBLIGATORIE PRIN LEGE CONFORM Ordin M.S. nr 10/2005 si Ordin M.S. 86/2006

COMPONENTA FEMURALA *	** Se completeaza, daca s-a inclouit componenta femurala, cu informatii despre noul implant ** Etichetele cu codurile de bara sunt obligatorii.
Producator : _____ Tip (nume) : _____ Numar : _____ Tip fixare: <input type="radio"/> Cimentata <input type="radio"/> Necimentata Stabilizata posterior ? : <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	

COMPONENTA TIBIALA *	** Se completeaza, daca s-a inclouit componenta tibiala, cu informatii despre noul implant ** Etichetele cu codurile de bara sunt obligatorii.
Producator : _____ Tip (nume) : _____ Numar : _____ Tip fixare: <input type="radio"/> Cimentata <input type="radio"/> Necimentata	

INSERT *	** Se completeaza, daca s-a inclouit insertul, cu informatii despre noul implant ** Etichetele cu codurile de bara sunt obligatorii.
Producator : _____ Tip (nume) : _____ Numar : _____	
Tibial	Mobilitate
<input type="radio"/> Fixat pe metal <input type="radio"/> Detasabil <input type="radio"/> Monobloc polietilena	<input type="radio"/> Fix <input type="radio"/> Numai rotator <input type="radio"/> Mobil

COMPONENTA PATELARA *	** Se completeaza, daca s-a inclouit componenta patelara, cu informatii despre noul implant ** Etichetele cu codurile de bara sunt obligatorii.
Setul contine patela ? <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU Producator: _____ Tip (nume): _____ Numar : _____ Tip fixare: <input type="radio"/> Cimentata <input type="radio"/> Necimentata	

CIMENT *	** Va rugam sa lipiti obligatoriu etichetele cu codurile de bara la sfarsitul formularului. ** Se completeaza daca s-a cimentat proteza		
S-a folosit ciment ?* <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU Cimentul contine antibiotic?* <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU S-a adaugat antibiotic ?* <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU Tip antibiotic (dc s-a adaugat)*: _____ Producator ciment*: _____ Tip ciment (nume)*: _____	Vascozitate <input type="radio"/> Joasa <input type="radio"/> Inalta <input type="radio"/> Dual	Mixaj (preparare)* <input type="radio"/> Sub vacuum <input type="radio"/> Fara	Aplicare* <input type="radio"/> Cu presurizare <input type="radio"/> Fara presurizare

Lipirea etichetelor ce contin codurile de bare sunt OBLIGATORII !

Daca eticheta nu este disponibila, va rugam sa completati manual codul de bare de serie si numarul de lot al componentei.

ETICHETA COD BARE PENTRU COMPONENTA FEMURALA (OBLIGATORIE)

In aceasta casuta se va lipi eticheta corespunzatoare componentei femurale.

ETICHETA COD BARE PENTRU COMPONENTA TIBIALA (OBLIGATORIE)

In aceasta casuta se va lipi eticheta corespunzatoare componentei tibiale.

ETICHETA COD BARE PENTRU INSERT (OBLIGATORIE)

In aceasta casuta se va lipi eticheta corespunzatoare insertului.

ETICHETA COD BARE PENTRU COMPONENTA PATELARA (OBLIGATORIE)

In aceasta casuta se va lipi eticheta corespunzatoare patelei (daca este cazul).

ETICHETA COD BARE PENTRU CIMENT (OBLIGATORIE)

In aceasta casuta se va lipi eticheta corespunzatoare cimentului folosit.

ETICHETE COD BARE SUPLIMENTARE (DUPA CAZ)

In aceasta casuta se va lipi eticheta corespunzatoare patelei (daca este cazul).