

# PROTHESENREGISTER TIROL

## Hüftprothesen Erstimplantation / Revision

Prothesenregister Tirol  
Anichstraße 35  
6020 Innsbruck  
Tel: 0512-504-22318  
www.iet.at



**PatientIn** (wenn vorhanden NUR ETIKETT hier aufkleben)

FBNr	_____	Abteilung	_____	Internetversion	_____
Familienname	_____	Vorname	_____		
Geburtsname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Tag      Monat      Jahr	Wohnort	_____		
PLZ	_____	Hausnummer	_____		
Straße	_____				

**Erstimplantation** 
                         
 **Revision** 
     
 **Definition:** Ein-/Ausbau mindestens eines Prothesenteils. Nur Ein-/Ausbau des Spacer ist keine Revision.

### Operationsdaten (bei Revision weiter zum Operationsdatum)

Primäre Diagnose	<input type="checkbox"/> Primäre Hüftgelenksarthrose	<input type="checkbox"/> Dysplasie
	<input type="checkbox"/> Schenkelhalsfraktur	<input type="checkbox"/> Rheumatische Arthritis
	<input type="checkbox"/> Aseptische Nekrose Femurkopf	<input type="checkbox"/> Post-Perthes
	<input type="checkbox"/> Posttraumatisch	<input type="checkbox"/> Tumorbedingte Implantation
	<input type="checkbox"/> Andere: .....	

Operationsdatum         
                         
 Operateur (fakultativ) .....

Tag      Monat      Jahr

Seite  rechts  links

Zugang  anterior  anterolateral

dorsal  transgluteal

anderer: .....

Minimal invasiv  ja  nein

**Definition:**  
Kleiner Zugang unter Verwendung von Instrumenten, die den kleinen Zugang ermöglichen..

Beschreibung der Komponenten				nur bei Revision ausfüllen
Schaft	Pfanne	Inlay	Kopf	Spacer
Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>
zementiert <input type="checkbox"/>	zementiert <input type="checkbox"/>	Polyeth. <input type="checkbox"/>	Metall <input type="checkbox"/>	
nicht zem. <input type="checkbox"/>	nicht zem. <input type="checkbox"/>	Keramik <input type="checkbox"/>	Keramik <input type="checkbox"/>	
		Metall <input type="checkbox"/>	bipolar <input type="checkbox"/>	
Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>

**Implantate (nur bei Einbau) auswählen  
(Auswahlliste getrennt für Erstimplantation/Revision anzeigen)**

Schaft	Pfanne	Inlay	Kopf
<input type="checkbox"/> Amistem H/Medacta	<input type="checkbox"/> Mpact/Medacta	<input type="checkbox"/> Metall	<input type="checkbox"/> Keramik
<input type="checkbox"/> Quadra/Medacta	<input type="checkbox"/> Versafit-Cup/Medacta	<input type="checkbox"/> hochvernetztes Polyethylen	<input type="checkbox"/> Metall
<input type="checkbox"/> Ana.Nova solitär/Implan Tec	<input type="checkbox"/> BIOCON-Plus/SmithNephew	<input type="checkbox"/> Polyethylen	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Corail/DePuy	<input type="checkbox"/> Pinnacle/DePuy	<input type="checkbox"/> Keramik	
<input type="checkbox"/> MIA Stem/SmithNephew	<input type="checkbox"/> ANA:NOVA Hybrid Pfanne/ImplanTec	<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		

**NUR BEI REVISION AUSFÜLLEN**

**Grund für Revision (Mehrfachauswahl)**

<input type="checkbox"/> Infekt	Großer Knochendefekt(Osteolyse): <input type="checkbox"/> Pfanne <input type="checkbox"/> Schaft  Fehlpositionierung: <input type="checkbox"/> Pfanne <input type="checkbox"/> Schaft  Weitere Revisionsgründe: <input type="checkbox"/> Luxation <input type="checkbox"/> Materialabrieb <input type="checkbox"/> Pfannen-Protrusion <input type="checkbox"/> Chondropathie bei Kopfprothese
Aseptische Lockerung:	
<input type="checkbox"/> Pfanne	
<input type="checkbox"/> Schaft	
Bruch/Fraktur:	
<input type="checkbox"/> Implantat Kopf	
<input type="checkbox"/> Implantat Pfanne	
<input type="checkbox"/> Implantat Inlay	
<input type="checkbox"/> Implantat Schaft	
<input type="checkbox"/> Periprothetische Fraktur	

Anderer Grund (bitte Text eingeben): .....