

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"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
PLZ	_____	Wohnort	_____		
Straße	_____	Hausnummer	_____		

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	<input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Operateur (fakultativ)
-----------------	--	------------------------------

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 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	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
<input type="checkbox"/> Anderer Grund (bitte Text eingeben):	