

## Magyar Protézis Regiszter (MPR) - adatlap primer csípőprotézis beültetéshez

<b>Beteg adatai</b>		
TAJ szám:		
Név:		
Születési idő:		
Lakcím:	<input type="checkbox"/> Nincs lakcím megadva	
Telefon:	<input type="checkbox"/> Nincs telefonszám megadva	
Páciens neme:	<input type="radio"/> férfi <input type="radio"/> nő	
Testsúly:	kg	
Testmagasság:	cm	
Beavatkozás időpontja:		
Oldal:	<input type="radio"/> jobb <input type="radio"/> bal	
Diagnózis:	<input type="radio"/> primer coxarthrosis - centrális <input type="radio"/> primer coxarthrosis - proximális <input type="radio"/> dysplasia, subluxatio arthrosissal <input type="radio"/> luxatio coxae congenita <input type="radio"/> protrusio <input type="radio"/> posttraumás deformitás <input type="radio"/> primer combnyaktörés <input type="radio"/> primer petrochanter törés <input type="radio"/> primer medencetörés <input type="radio"/> aszeptikus combfejnekroszis <input type="radio"/> gyulladásos betegségek (RA, SPA, JIA, SLE) <input type="radio"/> merev csípő (ankylosis) <input type="radio"/> primer Girdlestone <input type="radio"/> korábbi septicus állapot <input type="radio"/> tumor <input type="radio"/> egyéb:	

<b>Anamnesztikus adatok</b>		
Súlyosabb kísérőbetegség:	<input type="checkbox"/> nem volt <input type="checkbox"/> korábbi septicus állapot <input type="checkbox"/> osteoporosis <input type="checkbox"/> korábbi trombozis <input type="checkbox"/> posttrombotikus sy. <input type="checkbox"/> korábbi tüdőembolia <input type="checkbox"/> hypertonia <input type="checkbox"/> diabétesz <input type="checkbox"/> korábbi infarktus <input type="checkbox"/> krónikus szteroid / cytostatikum szedés <input type="checkbox"/> krónikus antikoaguláns terápia <input type="checkbox"/> thrombocyta aggregáció gátló szedés	
Korábbi beavatkozás és annak éve a jelenleg operált csípőn:	<input type="checkbox"/> nem volt <input type="checkbox"/> arthrodesis <input type="checkbox"/> medence osteotomia <input type="checkbox"/> femur osteotomia <input type="checkbox"/> osteosynthesis <input type="checkbox"/> Girdlestone <input type="checkbox"/> egyéb:	

<b>Műtét adatai</b>			
Beültető hely neve:			
Műtő típusa:	<input type="radio"/> hagyományos <input type="radio"/> laminar flow		
Sebész pecsét száma:			
Beosztás, rang:	<input type="radio"/> szakorvos jelölt <input type="radio"/> szakorvos <input type="radio"/> főorvos <input type="radio"/> osztályvezető		
I. Asszisztens beosztása:	<input type="radio"/> nem orvos <input type="radio"/> szakorvos jelölt <input type="radio"/> szakorvos <input type="radio"/> főorvos <input type="radio"/> osztályvezető		
Asszisztensek száma:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		
Műtét időtartama:	perc		
Anaesthesia:	<input type="checkbox"/> ITN <input type="checkbox"/> laringeal <input type="checkbox"/> spinal <input type="checkbox"/> epidural <input type="checkbox"/> kombinált spinal epidural		
Gyógyszeres vérzéscsillapítás:	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem		
Transzfúzió:	<input type="checkbox"/> nem volt <input type="checkbox"/> saját vér előre <input type="checkbox"/> saját vér vissza <input type="checkbox"/> idegen vér		
Beadott idegen vérmennyiség:	<input type="radio"/> 2E <input type="radio"/> 4E <input type="radio"/> több, mint 4E <input type="radio"/> nem történt		
Feltárás:	<input type="checkbox"/> anterior (Smith-Petersen) <input type="checkbox"/> antero-lateralis (Watson-Jones v Müller) <input type="checkbox"/> lateralis (Hardinge v. Bauer) <input type="checkbox"/> posterior (Southern) <input type="checkbox"/> minimalizált - anterior <input type="checkbox"/> minimalizált - anterolateralis <input type="checkbox"/> minimalizált - posterior oldalfekvés <input type="checkbox"/> MIS 2 incisio		
Navigáció:	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem		
Beavatkozás:	<input type="checkbox"/> vápa C <input type="checkbox"/> vápa CN <input type="checkbox"/> szár C <input type="checkbox"/> szár CN <input type="checkbox"/> felszínpótló <input type="checkbox"/> metaphyser felszínpótlás <input type="checkbox"/> bipolaris <input type="checkbox"/> cervicocapitalis		

<b>Kiegészítés</b>	
Vápa:	<input type="checkbox"/> stabilizáló csavar <input type="checkbox"/> vápatető képzés <input type="checkbox"/> vápafenék pótlás <input type="checkbox"/> autológ csontpótlás <input type="checkbox"/> homológ csontpótlás <input type="checkbox"/> strukturális csontpótlás <input type="checkbox"/> csontörlemény <input type="checkbox"/> vápakosár <input type="checkbox"/> csavar <input type="checkbox"/> fémháló <input type="checkbox"/> nincs
Femur:	<input type="checkbox"/> autológ csontpótlás <input type="checkbox"/> homológ csontpótlás <input type="checkbox"/> strukturális csontpótlás <input type="checkbox"/> csontörlemény <input type="checkbox"/> fenesztráció <input type="checkbox"/> hosszanti felnyitás <input type="checkbox"/> csavar <input type="checkbox"/> lemez <input type="checkbox"/> cerclage <input type="checkbox"/> fémháló <input type="checkbox"/> nincs

<b>Cementezés</b>	
Cementezés fajtája:	<input type="radio"/> antibiotikum nélküli <input type="radio"/> antibiotikus <input type="radio"/> nem volt
Cementezési technika:	<input type="checkbox"/> nyitott keverés <input type="checkbox"/> vákuum keverés <input type="checkbox"/> jet lavage <input type="checkbox"/> fingerpacking <input type="checkbox"/> cementpuska <input type="checkbox"/> vákuumos cementbejuttatás <input type="checkbox"/> cement kompresszió
Femur velőúr zárása:	<input type="radio"/> csontblokk <input type="radio"/> műanyag <input type="radio"/> nem történt <input type="radio"/> felszívódó

<b>Profilaxis</b>	
Profilaxis:	<input type="checkbox"/> antibiotikum (48 órán belül) <input type="checkbox"/> thrombosis: LMWH <input type="checkbox"/> mechanikus <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> PAO
48órán túli antibiotikum:	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem

<b>Szövődmények</b>	
Szövődmények:	<input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> vápa sérülés <input type="checkbox"/> femur sérülés <input type="checkbox"/> nagyér sérülés <input type="checkbox"/> idegsérülés <input type="checkbox"/> haematoma <input type="checkbox"/> bőrnecrosis <input type="checkbox"/> luxatio <input type="checkbox"/> mélyvénás thrombosis <input type="checkbox"/> tüdőembolia <input type="checkbox"/> infectio <input type="checkbox"/> exitus <input type="checkbox"/> egyéb:

<b>Implantátum</b>	
Implantátum felvitel:	<p>Kérjük írja ide az implantátumok jellemzőit (pl: cég, típus, stb...), vagy ragassza ide az etikettet!</p>

<b>Megjegyzés</b>	
Megjegyzés (kitöltése nem kötelező, de ide bármi fontos beírható. Pl.: tumorprotézissel kapcsolatos adatok):	