

FOLLOW-UP PAZIENTI SOTTOPOSTI A INNESTO/TRAPIANTO DI TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO

FOLLOW-UP A 6 MESI

SEZIONE 1- DA COMPILARE A CURA DELL'OPERATORE BTM

Cognome e nome del ricevente		Sesso	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Ospedale / reparto	
Data intervento		Tipologia di intervento	
Colturale su impianto		Codice del tessuto innestato	
<input type="checkbox"/> non eseguito <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.microrganismo/i isolato/i _____			

SEZIONE 2 - DA COMPILARE A CURA DEL CHIRURGO UTILIZZATORE

Sede dell'innesto		Tipo di difetto	
		<input type="checkbox"/> cavitario <input type="checkbox"/> segmetario	
Infezione del sito chirurgico sede di innesto di tessuto			
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si data del rilevamento _____			
Sviluppo di malattie infettive trasmissibili con l'innesto di tessuto			
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si quale? _____			
Riassorbimento radiografico dell'innesto/ persistenza di difetto osseo radiologicamente osservabile			
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> parziale data del rilevamento _____			
Descrizione/note _____			

Fallimento meccanico dell'innesto			
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si quale? _____			
Descrizione/note _____			

Data	Cognome e nome del medico	Firma medico