

Apellidos		Nombre		Sexo <input type="radio"/> m <input type="radio"/> f
Calle		Población		
Código postal	Teléfono	Provincia		
Centro quirúrgico	Médico responsable	Actividad laboral / deportiva		

Fecha nacimiento		
da	mes	año

Fecha accidente		
da	mes	año

Fecha intervención		
da	mes	año

ARTROSCOPIA DE RODILLA

Al inicio de cada fila están indicados entre paréntesis el número de marcas "(m)" que deben ser codificados en cada fila. Las casillas que contengan una "x" requieren un texto explicativo, con una explicación concisa (- 20 caracteres). Use un lápiz blando del nº 2 para marcar.

Expl. complementarias TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/>	Artroscopia <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	Lado Der <input type="checkbox"/> Izq <input type="checkbox"/>	Anestesia Reg. <input type="checkbox"/> Gen. <input type="checkbox"/>	Derrame Sinov. <input type="checkbox"/> Hemart. <input type="checkbox"/>	T. Isquemia <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	--------------------------------	---	--	---	--------------------------------------

Cirurgía previa (1 o + m) (Rodilla afectada)	1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Menisco Interno <input type="checkbox"/>	Menisco Externo <input type="checkbox"/>	LCA <input type="checkbox"/>	LCP <input type="checkbox"/>	LLI <input type="checkbox"/>	Femoro-patelar <input type="checkbox"/>	Compartimento Medial <input type="checkbox"/>	Compartimento Lateral <input type="checkbox"/>	Osteoc. Disecante <input type="checkbox"/>
	Osteoc. Disecante <input type="checkbox"/>	Fractura <input type="checkbox"/>	Osteot. Valguzante <input type="checkbox"/>	Osteot. Varizante <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>						
Diagnóstico preoperatorio (1 m) (Solo 1 diagnóstico preoperatorio. El que justifica la intervención)	2	Menisco Interno <input type="checkbox"/>	Menisco Externo <input type="checkbox"/>	LCA <input type="checkbox"/>	LCP <input type="checkbox"/>	LLI <input type="checkbox"/>	Femoro-patelar <input type="checkbox"/>	Compartimento Medial <input type="checkbox"/>	Compartimento Lateral <input type="checkbox"/>	Artrosis <input type="checkbox"/>	Osteoc. Disecante <input type="checkbox"/>
	Fract. Osteocondral <input type="checkbox"/>	Hipertensión Rótula <input type="checkbox"/>	Fractura Condílos <input type="checkbox"/>	Fractura Meseta <input type="checkbox"/>	Fractura Rótula <input type="checkbox"/>	Cuerpo Libre <input type="checkbox"/>	Plica Hipertrofica <input type="checkbox"/>	Rotura Mucosa <input type="checkbox"/>	Sinovitis <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico artroscópico (1 m) (Solo 1 diagnóstico artroscópico. La lesión principal objetivada)	3	Menisco Interno <input type="checkbox"/>	Menisco Externo <input type="checkbox"/>	LCA <input type="checkbox"/>	LCP <input type="checkbox"/>	LLI <input type="checkbox"/>	Femoro-patelar <input type="checkbox"/>	Compartimento Medial <input type="checkbox"/>	Compartimento Lateral <input type="checkbox"/>	Artrosis <input type="checkbox"/>	Osteoc. Disecante <input type="checkbox"/>
	Fract. Osteocondral <input type="checkbox"/>	Hipertensión Rótula <input type="checkbox"/>	Fractura Condílos <input type="checkbox"/>	Fractura Meseta <input type="checkbox"/>	Fractura Rótula <input type="checkbox"/>	Cuerpo Libre <input type="checkbox"/>	Plica Hipertrofica <input type="checkbox"/>	Rotura Mucosa <input type="checkbox"/>	Sinovitis <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>	
Rotura menisco interno (0 o 1 m) (Clasificación anatomopatológica)	4	Longitudinal <input type="checkbox"/>	Asa cubo <input type="checkbox"/>	Transversal <input type="checkbox"/>	Pediculada <input type="checkbox"/>	Horizontal <input type="checkbox"/>	Compleja <input type="checkbox"/>	Degenerativa <input type="checkbox"/>	Discoide <input type="checkbox"/>	Mural <input type="checkbox"/>	Ausente <input type="checkbox"/>
Rotura menisco externo (0 o 1 m) (Clasificación anatomopatológica)	5	Longitudinal <input type="checkbox"/>	Asa cubo <input type="checkbox"/>	Transversal <input type="checkbox"/>	Pediculada <input type="checkbox"/>	Horizontal <input type="checkbox"/>	Compleja <input type="checkbox"/>	Degenerativa <input type="checkbox"/>	Discoide <input type="checkbox"/>	Mural <input type="checkbox"/>	Ausente <input type="checkbox"/>
Lesión cartilago (Clasificación Ficat) (0 o + m)	6	Femoro-patelar <input type="checkbox"/>	Compartimento Medial <input type="checkbox"/>	Compartimento Lateral <input type="checkbox"/>							
Rotura LCA/LCP (0 o + m)	7	LCA <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Plastia Previa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	LCP <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Plastia Previa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Lesiones asociadas (0 o + m) (Opción múltiple. Lesiones añadidas al diagnóstico artroscópico)	8	Menisco Interno <input type="checkbox"/>	Menisco Externo <input type="checkbox"/>	LCA <input type="checkbox"/>	LCP <input type="checkbox"/>	LLI <input type="checkbox"/>	Femoro-patelar <input type="checkbox"/>	Compartimento Medial <input type="checkbox"/>	Compartimento Lateral <input type="checkbox"/>	Artrosis <input type="checkbox"/>	Osteoc. Disecante <input type="checkbox"/>
	Fract. Osteocondral <input type="checkbox"/>	Hipertensión Rótula <input type="checkbox"/>	Fractura Condílos <input type="checkbox"/>	Fractura Meseta <input type="checkbox"/>	Fractura Rótula <input type="checkbox"/>	Cuerpo Libre <input type="checkbox"/>	Plica Hipertrofica <input type="checkbox"/>	Rotura Mucosa <input type="checkbox"/>	Sinovitis <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>	
Procedimientos (0 o + m)	9	Menis-ectomía <input type="checkbox"/>	Sección Plica <input type="checkbox"/>	Afeitado <input type="checkbox"/>	Sino-vectomía <input type="checkbox"/>	Biopsia <input type="checkbox"/>	Sección Alerón Externo <input type="checkbox"/>	Perforaciones <input type="checkbox"/>	Centraje Rótula <input type="checkbox"/>	Mov. Forzada <input type="checkbox"/>	Osteo-síntesis <input type="checkbox"/>
	Retirada Osteo-síntesis <input type="checkbox"/>	Sutura Menisco <input type="checkbox"/>	Plastia LCA <input type="checkbox"/>	Plastia LCP <input type="checkbox"/>	Vaporizado <input type="checkbox"/>	Mosaico-plastia <input type="checkbox"/>	Cultivo condrocitos <input type="checkbox"/>	Trasplante menisco <input type="checkbox"/>	Láser <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Incidencias intervención (0 o + m)	10	Artro-tomía <input type="checkbox"/>	Fallo Técnico <input type="checkbox"/>	Rotura Material <input type="checkbox"/>	Fallo Manguito Neumático <input type="checkbox"/>	Yatrogenia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>				
	Hemartrosis <input type="checkbox"/>	Fístula <input type="checkbox"/>	Neuro-lógico <input type="checkbox"/>	Vas-icular <input type="checkbox"/>	TEP <input type="checkbox"/>	Infección Superficial <input type="checkbox"/>	Infección Profunda <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>			
Complicaciones postoperatorias (0 o + m)	11										
Esquema lesional	12	Comentario artroscopia									
											