

Espaciador para Cadera

FECHA DE SOLICITUD

___/___/___

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____

Documento: _____

Obra Social: _____

Sexo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Historia clínica N° : _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

Nombre y Apellido: _____

Especialidad: _____

Matricula: _____

Lugar de Cirugía: _____

Teléfono: _____

PATOLOGÍA

TRAUMA

CONGÉNITO

TUMOR

QUIRÚRGICO

INFECCIOSO

OTRO

DETALLE DE CASO PATOLOGÍA, TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ANTECEDENTES IMPORTANTES

IMÁGENES: (OBLIGACIÓN USO DE FANTOMA)

- RX
- TC (SEGÚN PROTOCOLO)

CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES

TAMAÑO DE CABEZA ADECUADO

- 40mm
- 48mm
- 56mm

LONGITUD DEL TALLO

- Estándar 130mm 250mm
Personalizado _____ mm
Diámetro de tallo _____ mm

SELECCIONE ATB

- Gentamicina
- Tobramicina

IMPLANTE EXISTENTE

Si la respuesta es SI,
completar el siguiente
cuadro.

MARCA _____

DESCRIPCIÓN _____

INSTRUMENTO REQUERIDO PARA EXTRACCIÓN _____

OBSERVACIONES (AGREGAR COPIA DE LA RECETA DEL IMPLANTE)

REQUERIMIENTO DEL SERVICIO 3D

- SOLO PROCESO DIGITAL
- SOLO BIOMODELO
- PROCESO DIGITAL + BIOMODELO
- PROCESO DIGITAL + BIOMODELO +INSTRUMENTAL A MEDIDA
- PROCESO DIGITAL + BIOMODELO +IMPLANTE DEFINITIVO
- PROCESO DIGITAL + BIOMODELO +INSTRUMENTAL A MEDIDA + IMPLANTE DEFINITIVO

CONFIRMACIÓN CLÍNICA

Firma y Sello: