


CRF کاشتنی های ارتوپدی

اسم وسیله: فیکسیشن تاندون رباط زانو

اطلاعات بیمار و مرکز درمانی	
نام مرکز درمانی:	نام و نام خانوادگی بیمار:
بخش:	کد ملی بیمار:
سن:	جنسیت:
پزشک درمانگر:	اسکراب:
نوع عمل:	سیرکولر:
تاریخ عمل:	علت پارگی ACL:
کارشناس شرکت:	
لطفا نمونه لیبل داخل بسته بندی را در اینجا بچسبانید.	
	

پزشک / کاربر گرامی:

نظرات دقیق و صادقانه شما در سنجش میزان ایمنی و اثربخشی و تایید این محصول بسیار حائز اهمیت و تعیین کننده میباشد. از شکیبایی و دقت شما در تکمیل تمام بخشهای این فرم سپاسگزاریم.

سابقه مشکلات زانوی بیمار / سابقه بیماریها و اطلاعات دیگر	
<input type="checkbox"/> دیابت:	<input type="checkbox"/> آنترو درایور مثبت:
<input type="checkbox"/> فشار خون:	<input type="checkbox"/> خالی کردن زانو:
<input type="checkbox"/> سابقه ی بیماری عفونی:	<input type="checkbox"/> درد در ناحیه داخل زانو:
<input type="checkbox"/> پوکی اسخوان:	<input type="checkbox"/> درد در ناحیه خارج زانو:

شماره:

تاریخ:

<input type="checkbox"/> سابقه کاشت ایمپلنت دندانی <input type="checkbox"/> سابقه کاشت ایمپلنت ارتوپدی و هر نوع پروتز دیگر <input type="checkbox"/> بیمار سابقه استفاده از داروهای استروئیدی (کورتون) دارد؟ <input type="checkbox"/> دفورمیتی استخوان محل عمل: سابقه تروما: <input type="checkbox"/> آیا زانو سابقه قفل کردن دارد؟ <input type="checkbox"/> آیا زانو التهاب دارد؟ <input type="checkbox"/> آیا زانو علائم آرتروز دارد؟	<input type="checkbox"/> درد در ناحیه پشت زانو: <input type="checkbox"/> درد در ناحیه جلو زانو: <input type="checkbox"/> سابقه هرگونه عمل جراحی زانو <input type="checkbox"/> پارگی مینیسک دارد <input type="checkbox"/> پارگی PCL دارد؟ <input type="checkbox"/> پارگی LCL دارد؟ <input type="checkbox"/> پارگی MCL دارد؟ <input type="checkbox"/> کندرو مالشی پتلا وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> سابقه آرترویت روماتوئید دارد؟
<ul style="list-style-type: none">• برای جایگزین تاندون از آلوگرافت استفاده شد یا اتوگرافت؟• در صورت استفاده از آلوگرافت شرکت تولید کننده و همچنین نوع آلوگرافت ذکر شود.	
توضیحات:	

پارامترهای ارزیابی حین عمل		
خیر	بله	
		۱. در حین جا گذاری عمل لود سیستم به راحتی انجام پذیرفت؟
		۲. آیا پس از جایگذاری ایمپلنت عمل فیلیپ (الاکلنگی) به خوبی انجام پذیرفت؟
		۳. عمل ادجاست به خوبی انجام گرفت؟
		۴. در آخر عمل وضعیت تایت تاندون رضایت بخش بود؟
		۵. معاینه بلافاصله پس از عمل رضایت بخش بود؟
		۶. کارگذاری دیش باتن در ناحیه تیبیا فیکسیشن مناسب دارد؟

ارزیابی کلی	
به طور کلی کارایی و اثر بخشی ایمپلنت فیکسیشن تاندون رباط زانو را چگونه ارزیابی می کنید؟	ضعیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> بسیار خوب <input type="checkbox"/>
توضیحات:	
عملکرد کلی ایمپلنت فیکسیشن تاندون رباط زانو را چگونه ارزیابی می کنید؟	ضعیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> بسیار خوب <input type="checkbox"/>
توضیحات:	

شماره:

تاریخ:


<p>❖ گزارش نتیجه مقایسه ایمپلنت فیکسیشن تاندون رباط زانو شرکت بهتا تفکر ناب سلامت با محصولات مشابه معتبر: مشخصات محصول مشابه (برند.....، مدل.....، کمپانی.....، کشور سازنده.....)</p> <p>ضعیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> بسیار خوب <input type="checkbox"/></p> <p>توضیحات:</p>

<p>❖ چنانچه پارامترهای دیگری که در ایمنی و عملکرد و اثر بخشی محصول در بالین موثرند وجود دارد ولی در این فرم به آن ها اشاره نشده است، لطفاً به طور شفاف آن ها را ذکر کرده و نتیجه ارزیابی در بالین را گزارش دهید.</p>
--

نماینده سازنده	مجری (پزشک متخصص)	(در صورتی که تکمیل فرم توسط فردی غیر از پزشک مجری انجام شده است)
همه بخشهای فرم به درستی تکمیل شده است	صحت مندرجات فرم تایید می شود (مهر و امضاء)	محتوای فرم مورد تایید است نام و نام خانوادگی امضاء

www.behtamedical.com

info@behtamedical.com

 +989390864461