



Hoja De Colecci De Dato
Para ingresar datos visite la base de datos de SIGN
www.signsurgery.org

INFORMACION DE CASO DEL PACIENTE: (Todos los espacios se requieren llenos)		
Nombre del Hospital:		Caso número: (opcional)
Nombre:		
Edad:	Sexo:	Fecha de lesion:
Peso Del Paciente Pediatrico (kg):		
<i>Información opcional de contacto del paciente:</i>		
Dirección:		
Número de teléfono:		Email:

INFORMACION DE LA CIRUGÍA: (copie en cada uno de los pacientes)

Fecha de Cirugía (mes/día/año):

Nombre del/los cirujano (s):

1. Utilizó antibióticos? Si No Desconocido

Si la respuesta es si:

Cuánto tiempo pasó desde la lesión? _____ horas _____ días

Nombre del antibiótico: _____

Duración de cobertura antibiótica: _____ horas _____ días

2. Comentarios de la cirugía:

INFORMACION DE LA FRACTURA: (copia las paginas siguientes para cada una de las fracturas.)

Nombre del paciente:

Numero de caso:

1. Lado de la fractura: Izquierdo Derecho

2. Abordaje: Fémur anterógrado Tibia
 Húmero anterógrado Fractura de cadera
 Fémur retrógrado

3. Localización: Proximal Medio Distal Segmentaria
(marque las que aplican) Cuello femoral Intertrocantérica Subtrocantérica

4. Tipo de fractura: Cerrada Gustilo IIIa
 Gustilo I Gustilo IIIb
 Gustilo II Gustilo IIIc

5. Estabilidad de la fractura: (solo en cadera)
(marque las que aplican) Estable Pared lateral de femur inestable
 Fragmento posteromedial inestable

6. Tiempo de la lesión al desbridamiento: ____ horas ____ días

7. Tiempo de la lesión al cierre de la herida: ____ días

8. Método de cierre de la herida:
(marque las que aplican) Primario Injerto cutáneo Colgajo muscular
 Secundario Otros: _____

9. No-uniión: Si No

10. Implantes previos: Si No
Si la respuesta es si, marquee las que apliquen: Fijador Externo Placa
 Clavo IM Alambre
Si fué fijador externo: 1. Cuánto tiempo lo tuvo? ____ días
2. Tiempo entre el retiro del Fij. Externo y SIGN? ____ días

11. Método de rimado: Ninguno Manual Mecánico

12. Reducción de la fractura: Abierta Cerrado

13. Comentarios:

INFORMACION DE LA FRACTURA (continúa de la página anterior.)

Nombre del paciente:

Número de caso:

14. Tipo de clavo utilizado: (Por favor marque el número de clavo utilizado en esta fractura.)

Clavo Standard	200	220	240	260	280	300	320	340	360	380	400	420
	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm
8 mm												
9 mm												
10 mm												
11 mm												
12 mm												

Clavo Fin Standard	160	190	240	280	320
	mm	mm	mm	mm	mm
7 mm					
8 mm					
9 mm					
10 mm					
11 mm					
12 mm					

Clavo Fin Pediátrico	140	170	200	240
	mm	mm	mm	mm
6 mm				
7 mm				
8 mm				
(Se le pedira peso del paciente)				

Clavo Standard de Cadera	280
	mm
10 mm	

Clavo Fin de Cadera	240
	mm
10 mm	

15. Cantidad de tornillos utilizados: (Marque la cantidad de tornillos utilizados en este clavo.)

	Tornillos de bloqueo Standard										
	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
Longitud en mm											
#Proximal											
#Distal											



Tornillos de Compresión (Máximo dos tornillos)									
Longitud in mm	70	80	85	90	95	100	105	110	115
Qty									
SHC Tornillos de bloqueo proximal (máximo 1)									
Longitud in mm	60	65	70	75	80	85	90	95	
Qty									
SHC Tornillos corticales (máximo de 1)									
Longitud in mm	30	35	40	45					
Qty									

16. Componentes utilizados del SHC

- Placa de barra Si No
- Conector de barra Si No
- Tornillo unicortical Si No
- Placa de 3 agujeros Si No

17. Placa de Alta Visibilidad

- Placa de 2 agujeros Si No
- Placa de 3 agujeros Si No
- Placa de 4 agujeros Si No

INFORMACION DE LA FRACTURA (continúa de la página previa.)

Nombre del Paciente:

Número de caso:

17. Rayos X: (Porfavor anote todos los rayos X tomados para este caso.)

Nombre del archive de los Rayos X	Pre-Op	Post-Op	Día de realización
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nota para enviar los archivos de Rayos X:

1. Esta tabla es para mantener el registro de los Rayos X para que el reporte de las imágenes se de lentamente.
2. El tiempo requerido para cargar los archivos es determinado por el tamaño de las imágenes digitales y de la velocidad de la conexión del internet.
3. **MUY IMPORTANTE:** pueden reducir el tamaño del archivo de la imagen digital al convertirlas a escala de grises (quitar el color) y al reducir las dimensiones de sus fotos a aproximadamente 640 x 480 pixeles. Muchas cámaras digitales viene con el software con capacidad de realizar estas acciones.

INFORMACION DE SEGUIMIENTO: (Copie ésta página para c7u de los seguimientos.)

Nombre del paciente:

Número de caso:

Fecha: (mes/día/año)

Si son múltiples fracturas, cual es la que se dará el seguimiento?

1. Infección: Si No
Si la respuesta es si:
Infección de la herida: Si No
Profundidad de de la infección: Superficial Profunda (Se realizó otra cirugía)
Duración de infección: _____ Semanas
 Osteomielitis Amputación

2. Apoyo parcial: Si No

3. Apoyo total sin dolor: Si No

4. Curación por rayos X: Si No

5. Flexión de la rodilla mayor de 90°:
(no aplica en fractura de cadera) Si No

6. Fractura de tornillo: Si No

7. Aflojamiento de tornill: Si No

8. Fractura del clavo: Si No

9. Aflojamiento del clavo: Si No

10. Deformidad: Si No (menor de 10 grados)

Si la respuesta es si:

Alineación: mayor de 10° varo mayor de 10° valgo
 mayor de 20° varo mayor de 20° valgo

Rotación: mayor de 30 grados

11. Se repitió la cirugía: Si No

Si es si, marque : Por infección Por deformidad por no-union

Si fue por no union marque: Dinamizar Cambio de clavo

Injerto de cresta iliaca

Otros: _____

12. Comentarios:

13. Rayos X tomados:

Nombre del archivo digital de Rayos X	Fecha