



Guía Referencia Protocolo TC

*Para la familia de implantes CONFORMIS
en revestimiento de rodilla*



iUni™



iDuo™



iTotal™

Nota: El protocolo descrito en este manual tiene como finalidad facilitar la información necesaria para poder diseñar y fabricar el implante personalizado de ConforMis. A diferencia de los procedimientos habituales, **no se precisa incluir ningún informe diagnóstico** de las adquisiciones.

El protocolo es posible que difiera de los protocolos utilizados habitualmente por su centro para hacer diagnósticos y es probable que no aporte la misma información. Si su centro necesita un informe diagnóstico, el radiólogo responsable deberá decidir si es necesario incluir adquisiciones adicionales para conseguir la información necesaria requerida en la realización del informe.

Para más información contactar con A&T Soluciones Médicas - 935.342.223

1.0 Posición del paciente:

Posición supina con la extremidad de interés colocada en el isocentro del marco. El pie debería permanecer asegurado en posición vertical en relación a la mesa con los dedos mirando hacia arriba.

2.0 Adquisición de imágenes:

El protocolo consiste en una serie de tres (3) adquisiciones separadas. Cada una de las adquisiciones, una de la cadera, otra de la rodilla afectada y la última del tobillo, son requeridas.

Aún siendo la rodilla la articulación afectada, adquisiciones de la cadera y el tobillo son necesarias. El conjunto de las adquisiciones tiene como finalidad asegurar la correcta alineación del implante personalizado con la pierna.

Scan	Area of Interest	Collimation	Kernel / Algorithm	Reconstruction	Multi Planar Reformat
1	Hip – Femoral head only	≤ 1	Bone / Detail	2mm X 2 mm	N/A
2	Knee – Top of patella to 3cm below the tibial plateau	≤ 1	Bone / Detail	1mm X 1mm	1mm X 1mm Sagittal and Coronal
			Soft Tissue	2mm X 2mm	N/A
3	Ankle – Malleoli through Talus	≤ 1	Bone / Detail	2mm X 2mm	N/A

Archivo y Envío de Imágenes;

Todos los datos de la resonancia magnética han de ser grabados en un CD, DVD en formato DICOM sin compresión.

Importante: El hospital y/o centro radiológico debe mantener copias de los datos de la resonancia magnética.

Seguidamente, introducir el disco en el interior del sobre proporcionado y enviarlo por mensajería a portes debidos. Para facilitar la recepción rogamos utilizar la empresa de mensajería indicada inferiormente y/o en el sobre.

Si se tratara de una **repetición de TC**, por favor indicarlo en la hoja de datos.

Instrucciones para el envío gratuito de los resultados del TC

- 1- Fotocopiar la hoja de datos o bien utilizar la suministrada en este protocolo.
- 2- **Complementar la hoja con la información apropiada** e introdúzcala en el sobre junto con en disco de las imágenes resultantes del TC.
- 3- Cerrar el sobre y llamar a MRW para que pasen a recogerlo.
- 4- Para solicitar la recogida seguir las siguientes instrucciones:

Llamar al teléfono de **MRW 902.300.400**

Instrucciones para MRW: **Solicitar una recogida**

- *Envío a ser abonado en destino;*
Número de abonado: **17155**

- *Tipo de envío;*
Portes debidos, Servicio 24 Horas

- *Destinatario:*
A&T Soluciones Médicas
C/ Ronda General Mitre, 17
Entresuelo 2ª
08017 Barcelona
Telf. 935.342.223

- *Remitente:*
Centro de Radiología
Radiólogo / técnico de contacto
Dirección
Teléfono

A rellenar por radiólogo:

Nombre del centro:
Localidad:
Nombre del paciente:
Fecha realización TC:
Marque lo que convenga: <input type="checkbox"/> Rodilla Izquierda <input type="checkbox"/> Rodilla Derecha <input type="checkbox"/> TC Repetido <input type="checkbox"/> Compartimento Medial <input type="checkbox"/> Compartimento Lateral
Nombre del Radiólogo:

Compruebe todas las imágenes que se incluyen en el Disco.

Por favor, escriba sus comentarios (movimiento, posición, claustrofobia, hardware ortopédico, etc.), o si ha habido desviaciones sobre el procedimiento descrito en este manual.

<input type="checkbox"/> Cadera:
<input type="checkbox"/> Rodilla (Hueso):
<input type="checkbox"/> Rodilla (Tejidos):
<input type="checkbox"/> Rodilla Sagital (MPR):
<input type="checkbox"/> Rodilla Coronal (MPR):
<input type="checkbox"/> Tobillo:
Comentarios:

Marque si es de aplicación (posición rodilla/pierna)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eversión | <input type="checkbox"/> Inversión | |
| <input type="checkbox"/> Suave (10-30°) | <input type="checkbox"/> Medio (30-45°) | <input type="checkbox"/> Extremo (>45°) |