



Alla Federconsumatori Nazionale  
Via Palestro, 11  
00187 Roma

Fax: 06.47424809

C.a. Avv. Vanna Pizzi: [v.pizzi@federconsumatori.it](mailto:v.pizzi@federconsumatori.it)

Luogo ..... data ..../..../2012

**Questionario Protesi d'anca DePuy  
ASR XL Sistema acetabolare  
ASR Sistema di rivestimento d'anca**

Data primo contatto (chiamata telefonica) : \_\_\_\_\_ Come è venuto a conoscenza della  
nostra  
iniziativa \_\_\_\_\_

Ha sottoposto il Suo caso ad un legale? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**SEZIONE I – dati anagrafici -**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP, Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel. di casa: \_\_\_\_\_ Tel. lavoro / cellulare: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ No. di tessera SSN \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_

**SEZIONE II –Informazioni sulla protesi -**

1. Aveva subito un intervento chirurgico all'anca prima dell'attuale impiantato? (se sì, indicare  
la

data / le date: \_\_\_\_\_

2. Medico e strutture sanitaria che le aveva impiantato **la prima** protesi d'anca (indicare il nome  
e l'indirizzo)

\_\_\_\_\_

3. Nome e indirizzo dell'ospedale / dell'istituto dove **la prima** protesi d'anca é stata impiantata

\_\_\_\_\_

**FEDERCONSUMATORI**  
FEDERAZIONE NAZIONALE CONSUMATORI E UTENTI

4. Indicare la casa produttrice della **prima** protesi d'anca: \_\_\_\_\_

a. Nel caso in cui non sapesse indicare il produttore, ha già contattato il chirurgo / struttura sanitaria o il medico di casa per chiedere di indicare il produttore della protesi e di fornire la propria cartella clinica dell'intervento? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

5. Sa indicare il modello della Sua attuale protesi d'anca? \_\_\_\_\_

6. Ha subito dei interventi di chirurgia correttiva per sostituire o riparare la Sua protesi d'anca originaria? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

a. Se si, indicare la data / le date del intervento / dei interventi di chirurgia correttiva / sostitutiva \_\_\_\_\_

b. Se si, indicare il nome dell'ospedale / dell'istituto dove l'intervento / dei interventi di chirurgia correttiva / sostitutiva è stato eseguito (indicando il nome del chirurgo):

7. Ha conservato la protesi d'anca sostituita? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

a. Se no, può indicare il nome e l'indirizzo dove si trova la protesi d'anca sostituita:

8. Se la protesi d'anca originaria non è stata sostituita, indicare i problemi che incontra con la protesi attuale?

9. Dopo l'impianto della protesi d'anca originaria, sono state effettuate dei prelievi di sangue? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

a. Se si, indicare i risultati: \_\_\_\_\_

10. Ha firmato un qualsiasi documento / accordo con la DePuy il relazione alla Sua protesi d'anca?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

a. Se si, allegare una copia del documento / accordo.

11. Ha firmato un qualsiasi documento / accordo con la DePuy per il rimborso dei costi di visite mediche successive / di controllo o per interventi di riparazione / sostituzione della protesi d'anca originale?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

a. Se si, allegare una copia del documento / accordo.

**FEDERCONSUMATORI**  
FEDERAZIONE NAZIONALE CONSUMATORI E UTENTI

13. Ha conservato dei documenti / cartelle cliniche che riguardano dei interventi chirurgici subiti

in relazione a delle protesi d'anca?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

a. Se si, può inviarcì tali documenti per fax, e-mail o per posta?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

14. Ha ricevuto un avviso di ritiro dal commercio della protesi d'anca da parte della DePuy o da parte della Johnson & Johnson o da DePuy Orthopaedics, Inc.? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

a. Se si in che data?

b. Allegare l'avviso del ritiro dal commercio.

**SEZIONE III –Effetti della protesi d'anca DePuy sulla vita quotidiana.**

Descriva in sintesi gli effetti e gli eventuali problemi che la Sua protesi d'anca crede Le abbia causato in relazione alla Sua salute e la Sua vita quotidiana:

---

---

---

---

---

Ha dovuto subire delle perdite di ore di lavoro / guadagno? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Ha dovuto subire un licenziamento? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Ha dovuto subire uno stato da handicappato? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Indicare il nome della assicurazione privata (compreso il numero della tessera / della polizza) in essere al momento dell'intervento d'impianto:

---

Possiede delle fatture della assicurazione privata o delle dichiarazioni di copertura / o di rifiuto di copertura dei costi emersi nel contesto

con la Sua protesi d'anca? \_\_\_\_\_

---

In seguito all'impianto della protesi DePuy, a causa del Suo stato di salute, ha dovuto presentare delle richieste di compensazione di ore di lavoro o delle agevolazioni per handicap?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Se si, che tipo di richiesta? \_\_\_\_\_ Richiesta di compensazione ore di lavoro \_\_\_\_\_

Agevolazioni per handicap \_\_\_\_\_

Quando ha presentato la suddetta richiesta?

---

---

**FEDERCONSUMATORI**  
FEDERAZIONE NAZIONALE CONSUMATORI E UTENTI

**Sezione IV – Informazioni sul Medico / chirurgo / istituto ospedaliero:**

Indicare i nomi dei medici / chirurghi / le strutture sanitarie che hanno effettuato l' intervento per l'impianto della protesi d'anca DePuy

**Indicando anche le successive visite e i trattamenti intervenuti dopo l'impianto eventualmente in un foglio a parte.**

1) Nome del medico / chirurgo / ospedale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

2) Nome del medico / chirurgo / ospedale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

3) Nome del medico / chirurgo / ospedale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

4) Nome del medico / chirurgo / ospedale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

**SEZIONE V**

Ha ricevuto dal SSN delle prestazioni gratuite come analisi, radiografie ecc: \_\_\_ Si \_\_\_ No

Se si, indicare quali: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- delle cure mediche? \_\_\_ Si \_\_\_ No

- dei ticket gratuiti per farmaci? \_\_\_ Si \_\_\_ No

- altre prestazioni di assistenza da parte di uffici pubblici? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Indicare anche i nomi di siti Internet di "social networking" (p. es. MySpace, Facebook, LiveJournal, Match.com), Internet bulletin board, Internet user group, Internet support group, e Internet listserv ai quali sta partecipando.

Ulteriori annotazioni / commenti sul suo stato di salute o sulla nostra iniziativa :

---

---

---

---

**FEDERCONSUMATORI**  
FEDERAZIONE NAZIONALE CONSUMATORI E UTENTI

---

---

---