

FORMULÄR 3A

Namn:

Avser endast endoftalmit efter kataraktoperation

1. Kliniknummer

--	--	--

2. Personnummer

3. Endoftalmit diagnostiserad

Kliniskt datum

4. Höger öga

--

Vänster öga

--

5. Odling

Positiv

Negativ

Ej tagen

Ansvarig läkare

2017 ÅRS ENDOFTALMIT-UPPFÖLJNING

FORMULÄR 3B

Namn:

Klinik

Personnummer -

1. Står diagnosen kvar? Ja Nej Om inte vilken blev den slutliga diagnosen
.....

2. A. Vilken bakterie identifierades vid odlingen på PCR-provet?
.....

B. Blankett med odlingsbesked samt resistensmönster bifogas

3. Infektionsprofylax

A. Gavs preoperativ profylax?

Ja Nej Om ja, vilket antibiotika?
.....

Vilket administrationsätt?
.....

B. Preoperativ tvättning utfördes med?
.....

C. Gavs peroperativt Zinacef/Cefuroxim?

Ja Nej Om nej, gavs annat antibiotika? ange
.....

i så fall vilket administrationsätt?
.....

D. Gavs postoperativ profylax?

Ja Nej Om ja, vilket antibiotika?
.....

Vilket administrationsätt?
.....

4. Gjordes vitrektomi i samband med behandling av endoftalmiten Ja Nej

5. Hur är aktuell status? Datum för undersökning - -

Finns ögat kvar? Ja Nej

Ansvarig läkare

Visus med bästa korrektion: