

# Operationsformulär BARNKATARAKT

\*1. Personnummer  -

\*2. Operationsdatum  -  -

\*3. Diagnosdatum  -  -

4. Postnummer

\*5. Varför remitterades patienten? välj ett eller flera alternativ

Avsaknad av blickkontakt  Skelning  Ej röd reflex

Hereditet  Grå pupill  Trauma  Annan orsak

\*6. Primär kontakt togs av? välj ett alternativ

BB  BVC  Barnklinik  Föräldrar  Optiker  Annan

\*7. Patienten följs upp på sjukhus: .....

\*8. Släktskap mellan föräldrar?

Vet ej  Nej  Ja  om släktskap - hur? .....

\*9. Tidigare opererad för katarakt?

Nej  Ja, vänster  Ja, höger

\*10. Hereditet för barnkatarakt? Ja  Nej  Vet ej

\*11. Föreligger synlig preoperativ nystagmus? Ja  Nej

\*12. Sjukdom i andra organsystem? välj ett alternativ

Nej  Trisomi 21-13-18  Intrauterin infektion  Prematuritet

Metabol sjukdom  Annat missbildningssyndrom  Övrigt  Vet ej

13. Höger öga BVCA Snellen

VA  .  sph +/-  .  cyl +/-  .  grader

14. Vänster öga BVCA Snellen

VA  .  sph +/-  .  cyl +/-  .  grader

15. Vilken metod? välj ett alternativ

TAC  LH  HVOT  KM  Bokstavstavla  Annan

# Operationsformulär BARNKATARAKT

## HÖGER ÖGA

\*16. Beskrivning av katarakten: välj ett alternativ

Lamellärlär  Nukleär  Bakre subkapsulär   
Främre subkapsulär  Annan

\*17. Tätt katarakt (odilaterat) Ja  Nej

\*18. Ytterligare beskrivning av katarakten \_\_\_\_\_

\*19. Belägen Unilateralt  Bilateralt

\*20. PFV Ja  Nej  Okänt

om PFV, beskrivning \_\_\_\_\_

\*21. Annan ögonmissbildning Ja  Nej

om Ja, beskrivning \_\_\_\_\_

\*22. Axellängd   .

\*23. Horisontell kornealdiameter   .

\*24. K1-värde   .   i grader

\*25. K2-värde   .   i grader

\*26. Implanterades IOL? välj ett alternativ

Nej  Acryl one piece  Acryl three piece  Annan

\*27. Om IOL-Planerad refraktion vid op-tillfället: +/-   .

\*28. IOL i kapseln Ja  Nej  Annat

\*29. Tidigare terapeutisk behandling: välj ett alternativ

Nej  Cortikosteroider  Strålbehandling  Laserterapi  Annan

\*30. Operationstyp (kod enl. op-klassifikation)

\*31. Främre kapsulorhexis Ja  Nej

\*32. Bakre kapsulorhexis Ja  Nej

\*33. Vitrektomi Ja  Nej

\*34. Iridektomi Ja  Nej

\*35. Vilken typ av inflammationsdämpande medel ordinerades? välj ett eller flera

Cortison  NSAID  Tropikamid  Cyclogyl  Atropin

# Operationsformulär BARNKATARAKT

## VÄNSTER ÖGA

\*36. Beskrivning av katarakten: välj ett alternativ

Lamellärlär  Nukleär  Bakre subkapsulär

Främre subkapsulär  Annan

\*37. Tät katarakt (odilaterat) Ja  Nej

\*38. Ytterligare beskrivning av katarakten \_\_\_\_\_

\*39. Belägen Unilateralt  Bilateralt

\*40. PFV Ja  Nej  Okänt

om PFV, beskrivning \_\_\_\_\_

\*41. Annan ögonmissbildning Ja  Nej

om Ja, beskrivning \_\_\_\_\_

\*42. Axellängd   .

\*43. Horisontell kornealdiameter   .

\*44. K1-värde   .   i grader

\*45. K2-värde   .   i grader

\*46. Implanterades IOL? välj ett alternativ

Nej  Acryl one piece  Acryl three piece  Annan

\*47. Om IOL-Planerad refraktion vid op-tillfället: +/-   .

\*48. IOL i kapseln Ja  Nej  Annat

\*49. Tidigare terapeutisk behandling: välj ett alternativ

Nej  Cortikosteroider  Strålbehandling  Laserterapi  Annan

\*50. Operationstyp (kod enl. op-klassifikation)

\*51. Främre kapsulorhexis Ja  Nej

\*52. Bakre kapsulorhexis Ja  Nej

\*53. Vitrektomi Ja  Nej

\*54. Iridektomi Ja  Nej

\*55. Vilken typ av inflammationsdämpande medel ordinerades? välj ett eller flera

Cortison  NSAID  Tropikamid  Cyclogyl  Atropin

## MANUAL

### Allmän information

- De flesta fälten i denna del är markerade med \*. Detta innebär att fältet är **obligatoriskt och måste fyllas** i för att man ska komma vidare.
- När man registrerat en operation väljs **Godkänn och Spara** och systemet kontrollerar att alla obligatoriska fält (alla fält som är markerade med \*) är ifyllda och att värdena finns inom max- och minigränserna. Om något av fälten är rött innebär det att uppgiften är fel eller saknas.
- Det finns möjlighet att spara en registrering med **Spara** och senare hämta den under Operationslistan för att slutföra registreringen. När registreringen är komplett väljs **Godkänn och Spara**.
- För att redigera en operation välj **Öppna**.
- För att radera en operation välj **Ta bort**.
- För att ta bort den kirurgiska delen för ett öga, välj **Ta bort höger/vänster öga**. Knappen finns längst ner till höger på sidan.

### TIPS

- För att flytta framåt i formuläret använd **Tab-tangenten**.
- Använd **Piltangenterna** för val i boxarna. Ett annat sätt är att skriva första bokstaven t ex P (pojke).
- Vid flerval markera med **Mellanslagstangenten**.

---

Vid ytterligare hjälp kontakta:

EyeNet Sweden tel:0455-73 51 59

E-post: [eyenetsweden@ltblekinge.se](mailto:eyenetsweden@ltblekinge.se)

# Operationsformulär BARNKATARAKT

## Allmän del

I Barnkataraktregistret registreras **linsoperation pga mediegrumling** på barn <8år.

**Personnr\***: Här anges personnummer med 12 siffror. Reservnummer kan användas men skall snarast ersättas med korrekt personnummer med de korrekta fyra sista siffrorna. Personnumret är nyckeln i registreringen och går därför inte att ändra. Saknar man de sista fyra siffrorna bör man avvakta med att registrera tills de är kända. Måste personnumret korrigeras ta kontakt med EyeNet Sweden [eyenetsweden@ltblekinge.se](mailto:eyenetsweden@ltblekinge.se)

**Operationsdatum\***: Datum för operation av katarakten. Anges med 8 siffror ÅÅÅÅ-MM-DD.

**Diagnosdatum (oftalmolog)\***: Datum då oftalmolog ställde diagnosen. Anges med 8 siffror ÅÅÅÅ-MM-DD.

**Kön\***: Pojke, Flicka

**Postnr (hemort)**: Postnummer till patientens bostadsort.

**Varför remitterades patienten?\***: Välj här det symptom som uppmärksammats och lett till remiss till oftalmolog.

**Primär kontakt togs av\***: Vem uppmärksammade symptomet som ledde till remiss? BB, BVC, Barnklinik, Förälder, Optiker eller Annan. Med förälder jämförs nära släkting.

**Patienten följs upp på sjukhus\***: Ange i fritext var postoperativ långtidsuppföljning sker.

**Släktskap mellan föräldrar\***: Vet ej, Nej, Ja. Om Ja i denna ruta tänds nästa fråga. Nej eller Vet ej leder till att nästa ruta släcks.

**Om släktskap – hur?\***: Tänds om ja på föregående fråga. Ange i fritext hur släktskap föreligger.

**Tidigare op för katarakt\***: Nej, Ja – vänster, Ja – höger. Välj aktuellt alternativ.

**Hereditet för barnkatarakt\***: Ja, Nej, Vet ej. Välj ett alternativ. Tänk på att fenotypvariation kan föreligga.

**Föreligger synlig preop Nystagmus\***: Ja, Nej. Avser nystagmus som syns med blotta ögat.

**Sjukdom i andra organsystem\***: Nej, Trisomi 21,13,18, Intrauterin infektion, Prematuritet, Metabol sjukdom, Annat missbildningssyndrom, Övrigt, Vet ej. Ett alternativ måste anges.

**Höger öga BCVA (Best Corrected Visual Acuity)**: Här anges både Snellen visus och använd korrektion vid den aktuella visusprovningen. Ange visus i decimaltal. Korrektion anges efter markeringarna sph, cyl och grader.

# Operationsformulär BARNKATARAKT

**Vänster öga BCVA:** som höger öga ovan.

**Vilken metod:** Välj här vilken metod som använts vid den ovanstående visus-prövningen.

**Specificera:** Här finns utrymme för egna noteringar eller kompletterande upplysningar.

**Operation på höger eller vänster öga\*:** Bocka i det öga som är aktuellt. Öppnar den kirurgiska variabeldelen.

## Kirurgisk del

**Beskrivning av katarakten\*:** Lamellä, Nukleär, Bakre subkapsulär, Främre subkapsulär, Annan.  
**Försök i görligaste mån att klassificera typen av katarakt.**

- **Lamellä katarakt** innebär grumling i kärnan, ej homogen.
- **Nukleär katarakt** innebär grumling ofta centralt i kärnan relativt homogen.
- **Bakre subkapsulär katarakt** innebär grumling baktill i linsen precis framför den bakre kapseln ofta centralt.
- **Främre subkapsulär katarakt** innebär grumling framtill i linsen precis bakom eller i den främre linskapseln, oftast centralt belägen.
- **Annan** väljs om det ej är möjligt att klassificera katarakten. Kan röra sig om blandkatarakter, ovanlig form eller total katarakt där typen ej är möjlig att bedöma.

**Tät katarakt\*:** Ja, Nej. Avsaknad av röd reflex bedömt med odilaterad pupill (det är ju så som barnet har det till vardags).

**Ytterligare beskrivning av katarakten\*:** Om blandkatarakt eller ovanlig typ av katarakt definieras typen här med fri text.

**Belägen\*:** Unilateralt, Bilateralt. Bedöms med båg pupillerna dilaterade och i mikroskop. Viktigt att notera om någon synstörande grumling förekommer i det andra ögat; definieras då som bilateral.

**PFV (Persisterande fetal vaskulatur)\*:** Ja, Nej, Okänt.

Om någon form av PFV, exempelvis uttalade pupillartrådar eller icke blodförande sträng mellan bakre kapseln och retina, klickas ja. Okänd markeras om det inte går att bedöma på grund av tät katarakt eller andra ögonmissbildningar. Om ja, beskriv förändringen i nästa ruta.

**Om PFV:** Tänds om ja på föregående fråga. Här anges vilken typ, dvs. främre, bakre eller båda. Med främre menas uttalade pupillartrådar, pupillarmembran eller irisförändringar. Med bakre menas membran bakom linsen och/eller varierande grad av resterande arteria hyaloidea eller persisterande fetal glaskropp. Båda om fetala förändringar finns både framför och bakom linsen.

**Annan ögonmissbildning\*:** Ja, Nej. Om ja, beskriv förändringen i nästa ruta.

**Om ögonmissbildning:** Tänds om ja på föregående fråga.

## Operationsformulär BARNKATARAKT

Här beskrivs typen av annan ögonmissbildning t.ex. Peters anomali, iriskolobom.

**Axellängd:** Anges i mm, mätningen bör vara utförd strax innan operationen.

**Horisontell cornealdiameter:** Mätning med mätsticka i mikroskop anges i minst 0.5 mm steg

**K1-värde i grader:** Mätningen bör vara utförd strax innan operationen

**K2-värde i grader:** Mätningen bör vara utförd strax innan operationen. K2 måste vara vinkelrät mot K1.

**Implanterades IOL\*:** Nej, Acryl one-piece, Acryl three-piece, Annan. Klicka på typen av IOL som implanterats om så är fallet. Om ej Acryl IOL klicka på annat.

**Planerad refraktion vid op-tillfället:** Tänds om ja på föregående fråga. Den refraktion som kirurgen har kalkylerat efter att ha tagit del av biometrin vid operationstillfället.

**IOL i kapseln:** Ja, Nej, Annat. Välj mellan ja och nej. Om ja bör det även bli ja på främre kapsulorexis. Ja innebär optik och ben i kapseln.

**Tidigare terapeutisk behandling\*:** Nej, Corticosteroider, Strålbehandling, Laserterapi, Annan. Här anges om tidigare medicinering givits som uttryck för annan system- eller ögonsjukdom. Gäller ej perioperativ steroidbehandling hos uveiter.

**Operationstyp 1-3\*:** Ange operationskoder enligt ICD-10. Endast operationstyp 1 obligatorisk.

**Främre kapsulorhexis\*:** Ja, Nej. Välj mellan alternativen. Om ja ska den främre kapsulorexisen vara kontinuerlig.

**Bakre kapsulorhexis\*:** Ja, Nej. Om ja ska den vara kontinuerlig.

**Vitrektomi\*:** Ja, Nej. Välj mellan alternativen. Innebär att man har valt vitrektomi i syfte att förhindra efterstarr. Ev operationskomplikation anges i fritt fält.

**Iridektomi\*:** Ja, Nej. Välj alternativ. Avser inte kirurgisk komplikation utan iridektomi i syfte att förhindra postoperativ tryckstegring. Ev operationskomplikation anges i fritt fält.

**Vilken typ av inflammationsdämpande medel ordinerades?\***

(bocka för en eller flera): Cortison, NSAID, Tropicamid, Cyclogyl, Atropin.

Avser den ordination som gavs direkt efter operationen av kirurgen.