

Operationsformulär 2018 Barnkataraktregistret PECARE

Individnivå, Patient

*= obligatorisk uppgift

Personnummer* (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Kön*

Pojke

Flicka

Namn _____

Varför remitterades patienten?* Välj ett eller flera alternativ.

Avsaknad av blickkontakt

Skelning

Ej röd reflex

Synnedsättning

Hereditet

Grå pupill

Trauma

Uveit

Annan orsak

Katarakten är belägen*

Unilateralt

Bilateralt

Ändrad till bilateralt

Primär kontakt togs av?*

BB

BVC

Barnklinik

Föräldrar

Optiker

Annan

Släktskap mellan föräldrar*

Ja

Nej

Vet ej

Om släktskap – hur?* _____

Hereditet för barnkatarakt?*

Ja

Nej

Vet ej

Föreligger synlig preoperativ nystagmus*

Ja

Nej

Sjukdom i andra organsystem?* Välj ett alternativ.

Nej

Trisomi 21-13-18

Intrauterin infektion

Prematuritet

Metabol sjukdom

Annat missbildningssyndrom

Övrigt

Vet ej

Ögonnivå, Höger/Vänster öga

Om båda ögonen opereras samma dag, var god fyll i två exemplar av formuläret, ett för varje öga.

Aktuellt operationsöga*

Höger

Vänster

Indikation för operation*

Katarakt

Linsluxation

Kombinerat Linsluxation + katarakt

Operationsdatum* (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Diagnosdatum (oftalmolog)* (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Tidigare opererad för katarakt?*

Nej

Ja, höger

Ja, vänster

Patient följs upp på sjukhus* _____

BCVA Snellen, operationsögat

VA (0,00) , **Sph** ($\pm 00,00$) \pm , **Cyl** (-00,00) - , **grader** (000)

Vilken metod?

TAC

LH

HVOT

KM

Bokstavstavla

Annan

Om Annan metod, specificera _____

BCVA Snellen, andra ögat

VA (0,00) , Sph ($\pm 00,00$) \pm , Cyl (-00,00) - , grader (000)

Vilken metod?

TAC LH HVOT KM Bokstavstavla Annan

Om Annan metod, specificera _____

Beskrivning av katarakten* Välj ett alternativ.

Lamellärlär Nukleär Bakre subkapsulär Främre subkapsulär Annan

Tät katarakt (odilaterat)* Ja Nej

Ytterligare beskrivning av katarakten _____

PFV* Ja Nej Okänt

Om PFV, beskriv _____

Annan ögonmissbildning* Ja Nej

Om ögonmissbildning, beskriv _____

Axellängd (00,00) ,

Horisontell kornealdiameter (00,00) ,

K1-värde (00,00) , i grader (000)

K2-värde (00,00) , i grader (000)

Implanterades IOL?* Välj ett alternativ

Nej Acryl one piece Acryl three piece Bag-in-lens Annan

Planerad refraktion vid op-tillfället ($\pm 99,99$) \pm ,

IOL i kapseln Ja Nej Annat

Tidigare terapeutisk behandling*

Nej Corticosteroider Strålbehandling Laserterapi Annan

Operationstyp 1* (kod enligt op-klassifikation)

Operationstyp 2 (kod enligt op-klassifikation)

Operationstyp 3 (kod enligt op-klassifikation)

Främre kapsulorhexis* Ja Nej

Bakre kapsulorhexis* Ja Nej

Vitrektomi* Ja Nej

Iridektomi* Ja Nej

Vilken typ av inflammationsdämpande medel ordinerades?* Välj ett eller flera alternativ.

Cortison NSAID Tropicamid Cyclogyl Atropin

Specificera (fri text)