

Annan ögonsjukdom* Ja Nej Vet ej

Om Ja, specificera _____

Sek glaukom/tryckstegring* Ja Nej Vet ej

Om Ja, ange

Behandling Medicinsk Kirurgisk Med + kir

Typ

<input type="checkbox"/> Trabekulotomi	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Trab+MMC	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Shunt	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vitrektomi	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cyklodiod	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Annan			

Tilläggsupplysningar

Ögonnivå

Uppföljning på vänster öga

Visus* Utfört Ej utfört

Postop BCVA* ,

Sf ($\pm 00,00$) \pm , **Cyl** ($-00,00$) - , **grader** (000)

Vilken metod*?

TAC LH HVOT KM Bokstavstavla Annan

Typ av korrektion*?

IOL IOL+glasögon/KL KL KL+glasögon Enbart glasögon

Sek IOL **vid ålder** månader

VAO Ja Nej Vet ej

Om Ja, ange typ YAGLaser Antal Discission Antal

Vitrektomi Antal Ekspektans

Annan ögonsjukdom* Ja Nej Vet ej

Om Ja, specificera _____

Sek glaukom/tryckstegring* Ja Nej Vet ej

Om Ja, ange

Behandling Medicinsk Kirurgisk Med + kir

Typ

<input type="checkbox"/> Trabekulotomi	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Trab+MMC	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Shunt	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vitrektomi	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cyklodiod	Antal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Annan			

Tilläggsupplysningar
