



2019 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:

Insändes till:  
Nationella Kataraktregistret  
RC Syd  
Region Blekinge  
371 81 Karlskrona  
[irene.serring@regionblekinge.se](mailto:irene.serring@regionblekinge.se)

V.G TEXTA