2022 ÅRS ENDOFTALMIT-UPPFÖLJNING

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

.....

Insändes till:
Nationella Kataraktregistret
RC Syd
Region Blekinge
371 81 Karlskrona
andreas.lindstrom@regionblekinge.se

V.G TEXTA

2022 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 administrationssätt? .....

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

C. Gavs peroperativt Zinacef/Cefuroxim?

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

i så fall vilket administrationssätt? .....

D. Gavs postoperativ profylax?

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

Vilket administrationssätt? .....

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
andreas.lindstrom@regionblekinge.se

V.G TEXTA