

2023 ÅRS ENDOFTALMIT-UPPFÖLJNING

FORMULÄR 3B

Namn:

Klinik

Personnummer

 -

1. Står diagnosen kvar?

Ja

Om inte vilken blev den slutliga diagnosen

Nej

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?

4A. Gjordes vitrektomi i samband med behandling av endoftalmiten

Ja

Nej

4B. Om ja, vilket datum?

 - -

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