

2023 ÅRS ENDOFTALMIT-UPPFÖLJNING

FORMULÄR 3A

Namn:

Avser endast endoftalmit efter kataraktoperation

1. Kliniknummer

2. Personnummer -

3. Endoftalmit diagnostiserad

Datum - -

Diagnostiserande klinik _____

4. Höger öga Vänster öga

5. Synskärpa vid diagnos _____

7. Åtgärd vid diagnos

Provtagning glaskropp för odling	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

Intravitreal antibiotikainjektion	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

Preparat och dos _____

Vitrektomi

Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

8. Odling

Positiv	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

Negativ	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

Ej tagen	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Ansvarig läkare _____

2023 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 odling eller annan diagnostik?

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?

4A. Gjordes intravitreal antibiotikainjektion i samband med behandling

Ja

Nej

4B. Om ja, på vilken klinik och vilket datum?

 - -

4C. Om ja, med vilket preparat?

4D. Gjordes vitrektomi i samband med behandling av endoftalmiten?

Ja

Nej

4E. Om ja, på vilken klinik och vilket datum?

 - -

5. Hur är aktuell status?

Datum för undersökning

 - -

Finns ögat kvar?

Ja

Nej

Visus med bästa korrektion:

Ansvarig läkare _____

Insändes till:

Nationella Kataraktregistret

RC Syd

Region Blekinge

371 81 Karlskrona

andreas.lindstrom@regionblekinge.se

V.G TEXTA