

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

6. Åtgärd vid diagnos

Provtagning glaskropp för odling

Ja

Nej

Intravitreal antibiotikainjektion

Ja

Nej

Preparat och dos

Vitrektomi

Ja

Nej

7. 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

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