Operationsformulär Barnkataraktregistret PECARE

Individnivå, Patient

*= obligatorisk uppgift

Personnummer* (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

☐☐☐☐☐☐☐☐–☐☐☐☐ **Kön*** ☐ Pojke ☐ Flicka

Namn _____

Varför remitterades patienten?* Välj ett eller flera alternativ.

☐ Avsaknad av blickkontakt ☐ Skelning ☐ Ej röd reflex ☐ Synnedsättning
☐ Hereditet ☐ Grå pupill ☐ Trauma ☐ Uveit ☐ Annan orsak

Katarakten är belägen* ☐ Unilateralt ☐ Bilateralt ☐ Ändrad till bilateralt

Primär kontakt togs av?*

☐ BB ☐ BVC ☐ Barnklinik ☐ Föräldrar ☐ Optiker ☐ Annan

Släktskap mellan föräldrar* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om släktskap – hur?* _____

Hereditet för barnkatarakt?* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Föreligger synlig preoperativ nystagmus* ☐ Ja ☐ Nej

Sjukdom i andra organsystem?* Välj ett alternativ.

☐ Nej ☐ Trisomi 21-13-18 ☐ Intrauterin infektion ☐ Prematuritet
☐ Metabol sjukdom ☐ Annat missbildningssyndrom ☐ Övrigt ☐ Vet ej

Blodprov taget* ☐ Ja ☐ Nej **Anledning** (Vid val nej)_____

Biobank* ☐ Ja ☐ Nej **Anledning** (Vid val nej)_____

Ögonnivå, Höger/Vänster öga

Om båda ögonen opereras samma dag, var god fyll i två exemplar av formuläret, ett för varje öga.

Aktuellt operationsöga* ☐ Höger ☐ Vänster

Indikation för operation* ☐ Katarakt ☐ Linsluxation ☐ Kombinerat Linsluxation + katarakt

Operationsdatum* (ÅÅÅÅ-MM-DD) ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐

Diagnosdatum (oftalmolog)* (ÅÅÅÅ-MM-DD) ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐

Tidigare opererad för katarakt?* ☐ Nej ☐ Ja, höger ☐ Ja, vänster

Patient följs upp på sjukhus* _____

BCVA Snellen, operationsögat

VA (0,00) ☐,☐☐ **Sph** (±00,00) ± ☐☐,☐☐ **Cyl** (-00,00) - ☐☐,☐☐ **grader** (000) ☐☐☐

Vilken metod?

☐ TAC ☐ LH ☐ HVOT ☐ KM ☐ Bokstavstavla ☐ Annan

Om Annan metod, specificera_____

Uppdaterad 2022-06-01

BCVA Snellen, andra ögat

VA (0,00) ☐,☐☐ **Sph** (±00,00) ± ☐☐,☐☐ **Cyl** (-00,00) - ☐☐,☐☐ **grader** (000) ☐☐☐

Vilken metod?

☐ TAC ☐ LH ☐ HVOT ☐ KM ☐ Bokstavstavla ☐ Annan

Om Annan metod, specificera_____

Beskrivning av katarakten* Välj ett eller flera alternativ.

☐ Lamellär ☐ Nukleär ☐ Bakre subkapsulär ☐ Främre subkapsulär ☐ Annan

Tät katarakt (odilaterat)* ☐ Ja ☐ Nej

Ytterligare beskrivning av katarakten _____

PFV* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Okänt

Om PFV, beskriv _____

Annan ögonmissbildning* ☐ Ja ☐ Nej

Om ögonmissbildning, beskriv _____

Axellängd (00,00) ☐☐,☐☐

Horisontell kornealdiameter (00,00) ☐☐,☐☐

K1-värde (00,00) ☐☐,☐☐ **i grader** (000) ☐☐☐

K2-värde (00,00) ☐☐,☐☐ **i grader** (000) ☐☐☐

Implanterades IOL?* Välj ett alternativ

☐ Nej ☐ Acryl one piece ☐ Acryl three piece ☐ Bag-in-lens ☐ Annan

Planerad refraktion vid op-tillfället (±99,99) ± ☐☐,☐☐

IOL i kapseln ☐ Ja ☐ Nej ☐ Annat

Tidigare terapeutisk behandling* Välj ett eller flera alternativ.

☐ Nej ☐ Corticosteroider ☐ Strålbehandling ☐ Laserterapi ☐ Annan

Operationstyp 1* (kod enligt op-klassifikation) ☐☐☐☐☐

Operationstyp 2 (kod enligt op-klassifikation) ☐☐☐☐☐

Operationstyp 3 (kod enligt op-klassifikation) ☐☐☐☐☐

Främre kapsulorhexis* ☐ Ja ☐ Nej

Bakre kapsulorhexis* ☐ Ja ☐ Nej

Vitrektomi* ☐ Ja ☐ Nej

Iridektomi* ☐ Ja ☐ Nej

Vilken typ av inflammationsdämpande medel ordinerades?* Välj ett eller flera alternativ.

☐ Cortison ☐ NSAID ☐ Tropikamid ☐ Cyclogyl ☐ Atropin ☐ Pilokarpin

Specificera (fri text)

_____