Uppföljningsformulärsformulär Barnkataraktregistret PECARE

Uppföljningen sker efter barnets **biologiska ålder.**

Uppgifterna gäller vad som varit aktuellt/är aktuellt under det tidsintervall som förflutit sedan operationen eller föregående uppföljningstillfälle.

* = obligatorisk uppgift

Uppföljande enhet* _____

Uppgiftslämnare* _____

e-post* _____

Individnivå

Patient

Ålder vid uppföljning ☐ 1 år ☐ 2 år ☐ 5 år ☐ 10 år

Personnummer* (ÅÅÅÅMMDD-XXXX) ☐☐☐☐☐☐☐☐–☐☐☐☐

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

Tillgänglighet* ☐ Tillgänglig ☐ Ej tillgänglig ☐ Avliden

Manifest skelning* ☐ Ja ☐ Nej

Om Manifest skelning, vilket öga? ☐ Höger ☐ Vänster ☐ Alternerande

Nystagmus* ☐ Ja ☐ Nej

Utvecklingsförsening* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Ögonnivå

Uppföljning på höger öga

Visus* ☐ Utfört ☐ Ej utfört

Postop BCVA* ☐,☐☐

Sf (±00,00) ± ☐☐,☐☐ **Cyl** (-00,00) - ☐☐,☐☐ **grader** (000) ☐☐☐

Vilken metod*?

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

Amblyopibehandling* ☐ Ja ☐ Nej

Typ av korrektion?*

☐ IOL ☐ IOL+glasögon/KL ☐ KL ☐ KL+glasögon ☐ Enbart glasögon

Sek IOL ☐ **vid ålder** ☐☐☐ månader

VAO ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om Ja, ange typ ☐ YAGLaser Antal ☐☐ ☐ Discission Antal ☐☐

☐ Vitrektomi Antal ☐☐ ☐ Ekspektans

Annan ögonsjukdom* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om Ja, specificera _____

Sek glaukom / tryckstegring* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om Ja, ange Behandling ☐ Medicinsk ☐ Kirurgisk ☐ Med + kir

Typ
☐ Trabekulotomi Antal ☐☐ ☐ Trab+MMC Antal ☐☐
☐ Shunt Antal ☐☐ ☐ Vitrektomi Antal ☐☐
☐ Cyklodiod Antal ☐☐ ☐ Annan

Tilläggsupplysningar

Ögonnivå

Uppföljning på vänster öga

Visus* ☐ Utfört ☐ Ej utfört

Postop BCVA* ☐,☐☐

Sf (±00,00) ± ☐☐,☐☐ **Cyl** (-00,00) - ☐☐,☐☐ **grader** (000) ☐☐☐

Vilken metod*?
☐ TAC ☐ LH ☐ HVOT ☐ KM ☐ Bokstavstavla ☐ Annan

Amblyopibehandling* ☐ Ja ☐ Nej

Typ av korrektion?*
☐ IOL ☐ IOL+glasögon/KL ☐ KL ☐ KL+glasögon ☐ Enbart glasögon

Sek IOL ☐ **vid ålder** ☐☐☐ månader

VAO ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om Ja, ange typ ☐ YAGLaser Antal ☐☐ ☐ Discission Antal ☐☐
☐ Vitrektomi Antal ☐☐ ☐ Ekspektans

Annan ögonsjukdom* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om Ja, specificera _____

Sek glaukom / tryckstegring* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om Ja, ange Behandling ☐ Medicinsk ☐ Kirurgisk ☐ Med + kir

Typ
☐ Trabekulotomi Antal ☐☐ ☐ Trab+MMC Antal ☐☐
☐ Shunt Antal ☐☐ ☐ Vitrektomi Antal ☐☐
☐ Cyklodiod Antal ☐☐ ☐ Annan

Tilläggsupplysningar