

BADANIE PRZEDMIOTOWE – ZAĆMA

(pieczętka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta:
V. OP:	Oko
V. OL:	Długość gałki ocznej mm
T. OP:	Śródbłonek
T. OL:	Wartość soczewki do wszczepienia

OKO PRAWE:

Osadzenie, ustawienie – ruchomość.....

Powieki: prawidłowe, nieprawidłowe.....

Spojówki: blade, zadrażnione powierzchownie, głęboko.....

Rogówka: gładka, lśniąca, przezierna.....

Komora przednia: głębokość prawidłowa, nieprawidłowa.....

Płyty komorowy czysty.....

Tęczówka: budowy beleczkowej.....

Žrenica: równa, okrągła, reaktywna.....

Soczewka: położona prawidłowo, nieprawidłowo.....

Przezorność:.....

Ciało szkliste.....

Dno oka:.....

OKO LEWE:

Osadzenie, ustawienie – ruchomość.....

Powieki: prawidłowe, nieprawidłowe.....

Spojówki: blade, zadrażnione powierzchownie, głęboko.....

Rogówka: gładka, lśniąca, przezienna.....

Komora przednia: głębokość prawidłowa, nieprawidłowa.....

Płyty komorowy czysty.....

Tęczówka: budowy beleczkowej.....

Žrenica: równa, okrągła, reaktywna.....

Soczewka: położona prawidłowo, nieprawidłowo.....

Przezorność:.....

Ciało szkliste.....

Dno oka:.....

Badanie wykonano w dniu ____ / ____ 20 ____

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Zabieg operacyjny dnia __ / __ 20 __ zaćmy oka z
wszczepem zwijalnym do torebki soczewki w znieczuleniu okoł ogał kowym / ogólnym.

Data __ / __ 20 __
(podpis i pieczętka operatora)

Pierwsza doba po zabiegu:

T_o =

Przedni odcinek oka:

Epikryza: letni/a pacjent/ka został/a przyjęty/a do Oddziału Okulistycznego celem usunięcia
zaćmy Dnia __ / __ 20 __ wykonano zabieg jw.

Pacjent/ka wypisany/a do domu z zaleceniem przyjmowania leków:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kontrola: dnia __ / __ 20 __

(podpis i pieczętka lekarza)