INIEKCJA DOSZKLISTKOWA

(pieczątka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data _ _ / _ _ **20** _ _

V. OP:.....
V. OL:.....
SN. OP .....
SN. OL .....
T. OP:.....
T. OL:.....

OKO PRAWE:

OP – spojówka gałkowa przekrwiona / blada. Rogówka gładka, lśniąca, przezierna. Komora przednia czysta. Tęczówka niezadrażniona. Soczewka .....

Dno OP: .....

.....

.....

OKO LEWE:

OP – spojówka gałkowa przekrwiona / blada. Rogówka gładka, lśniąca, przezierna. Komora przednia czysta. Tęczówka niezadrażniona. Soczewka .....

Dno OL : .....

.....

.....

Zabieg wykonano w dniu _ _ / _ _ **20** _ _ podano ..... do komory ciała szklistego oka prawego / lewego (14.79; B83/29) w zn. kroplowym.

EPIKRYZA: ..... letni/nia pacjent/tka został/ła przyjęty/ta do Oddziału Okulistycznego celem podania ..... do komory ciała szklistego oka prawego / lewego. Dnia _ _ / _ _ **20** _ _ wykonano zabieg jw.

ZALECENIA:

Sol. Oftaquix 4 x 0 /7 – 12 – 17 – 22/

Kontrola okulistyczna: dnia _ _ / _ _ **20** _ _

.....

(podpis i pieczątka lekarza)

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl