

VISITA DI CONTROLLO 8<sup>a</sup> GIORNATA

Centro di trapianto..... (Ospedale / Casa di Cura Privata)

Cognome e Nome .....

Data di nascita .....

Data del trapianto .....

trapianto eseguito su:

Occhio Destro Occhio Sinistro 

Pregressi trapianti:

su Occhio Destro: n°.....

su Occhio Sinistro: n°.....

## 1)Stato della sutura: tensione

 Buona Lenta Stretta

b)Sinechie anteriori/posteriori non preesistenti

 si no

## 2)Allineamento dell'innesto:

 buono mediocre presenza di scalinatura falsa camera (per cheratoplastica endoteliale) lembo dislocato (per cheratoplastica endoteliale)

## 6)Tono oculare:

 ≤20 >20

## 3)Condizioni dell'innesto:

a) Condizioni dello stroma:

 Trasparente Lievemente edematoso Edematoso

b) Pieghe della Descemet:

 Assenti Centrali Periferiche Centrali e periferiche

## Giudizio anatomico

 ottimo buono mediocre scadente

## Patologie oculari concomitanti

a)Neovasi  NO SI-1 quadrante  SI-2 quadranti SI-3 quadranti  SI-4 quadranti

b)Glaucoma in trattamento

 NO SI danno funz. lieve SI danno funz medio SI danno funz grave

## 4)Camera anteriore:

a) assente presente:  normoprofonda bassa

infiammazione segmento anteriore:

 - + ++ +++ ++++

c)Occhio

 Fachico Fachico con cataratta Afachico Pseudofachico

d)Ambliopia

 NO SI

e)Maculopatia

 NO SI

## 5)Iride-Pupilla:

a)Reagente

 si no

Data visita:.....

Firma del medico:.....