

VISITA DI CONTROLLO 30^a GIORNATA

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

Cognome e Nome

Data di nascitaData del trapianto Occhio Destro Occhio Sinistro

1)Stato della sutura: tensione

- buona
 lenta stretta

2)Allineamento dell'innesto:

- buono
 presenza di scalinatura

3)Condizioni dell'innesto:

a)Condizioni dello stroma:

- Trasparente
 Lievemente edematoso
 Edematoso

b)Pieghe della Descemet:

- Assenti Periferiche
 Centrali Centrali e periferiche

c)Precipitati sul lembo:

- Assenti Fini localizzati
 Lardacei Fini diffusi
 Pigmentari

4)Camera anteriore:

- a)presente normoprofonda
 bassa

b)Infiammazione segmento anteriore:

- +++
 + ++++
 ++

5)Iride-Pupilla:

a)Reagente

- si no

b)Sinechie anteriori/posteriori non preesistenti

- si no

6)Tono oculare:

- ≤20 >20

7)Tendenza alla neovascolarizzazione

- assente presente

8)Infiltrati lungo la sutura

- assente presente

9)Curvatura corneale

a) Valori cheratometrici

- astigmatismo regolare
 astigmatismo irregolare

Diottrie:

- 0 - 3 3 -6
 >6

10)Visus (frazione di Snellen,tabella ETDRS)

a) senza lenti/.....

b) con lenti:/.....

Giudizio anatomico

- ottimo mediocre
 buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di integrità di tutte le altre strutture

- ottimo mediocre
 buono scadente

Giudizio funzionale in condizione di patologie oculari concomitanti

- ottimo mediocre
 buono 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

c)Occhio

- Fachico Fachico con cataratta
 Afachico Pseudofachico

d)Ambliopia

- NO SI

e)Maculopatia

- NO SI

Data visita:.....

Firma del medico:.....