

## VISITA DI CONTROLLO 6° MESE

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

Cognome e Nome .....

Data di nascita .....Data del trapianto ..... Occhio Destro  Occhio Sinistro 

## 1)Stato della sutura: tensione

- buona  
 lenta  stretta

## 2)Distribuzione chirurgica della tensione della sutura:

- SI  NO

## 3)Allineamento dell'innesto:

- buono  
 presenza di scalinatura

## 4)Condizioni dell'innesto:

## a)Stato epitelio

- Presente  
 Difetti puntiformi  
 Difetti ad area

## b)Condizioni dello stroma:

- Trasparente  
 Lievemente edematoso  
 Edematoso

## c)Pieghe della Descemet:

- Assenti  Periferiche  
 Centrali  Centrali e periferiche

## d)Precipitati sul lembo:

- Assenti  Fini localizzati  
 Lardacei  Fini diffusi  
 Pigmentari

## 5)Camera anteriore:

- a)presente  normoprofonda  
 bassa

## b)Infiammazione segmento anteriore:

- +++  
 +  ++++  
 ++

## 6)Tono oculare:

- $\leq 20$    $> 20$

## 7)Tendenza alla neovascolarizzazione

- assente  presente

## 8)Infiltrati lungo la sutura

- assenti  presenti

## 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  SIe)Maculopatia  NO  SIConta endoteliale \_\_\_\_\_ cellule/mm<sup>2</sup>

- Rigetto  NO  SI epiteliale  
 SI stromale  
 SI endoteliale

Data visita:.....

Firma del medico.....