

VISITA DI CONTROLLO 24° MESE (dopo eventuale rimozione della sutura)

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

Cognome e Nome .....

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

1)Sutura presente

sì  no

2)Allineamento dell'innesto:

buono  presenza di scalinatura

3)Condizioni dell'innesto:

a) Stato epitelio

Presente  
 Difetti puntiformi  
 Difetti ad area

b) Condizioni dello stroma:

Trasparente  Opaco

c) Irregolarità della faccia posteriore:

Assenti  Presenti

d) Precipitati:

Assenti  
 Presenti da patologia dell'innesto  
 Presenti da patologia non pertinente l'innesto

4) Tono oculare:

<10  10-20  >20

5)Neovascolarizzazione

assente  presente

6)Curvatura corneale

a) Diottrie:

0 - 3.0  3.0 - 6.0  >6

7)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

Conta endoteliale \_\_\_\_\_ cellule/mm<sup>2</sup>

Rigetto

NO  SI epiteliale  
 SI stromale  
 SI endoteliale

Data visita:.....

Firma del medico:.....