

FAX 0677055844 entro 3 giorni dall' intervento

Tel. 06.7705.2950 e-mail bancaocchi@hsangiovanni.roma.it Presidio Britannico Via di S. Stefano Rotondo, 6,8 - ROMA 00184

SCHEDE UTILIZZO TESSUTO IT- IT000966N120222115416250061 C Data intervento: 30/01/2025

SEC IT000966N120222115416V006200120250131

Inviato a : Az Osp S Giovanni Addolorata Britannico

Via/Piazza c.o.oculistica

Città _____ CAP _____ Provincia _____ Tel _____

- ☐ Mancato utilizzo di tessuto, precisare il motivo.....
- ☐ Utilizzo di tessuti il:
- ☐ Effettuazione di controllo microbiologico su liquido di conservazione ☐ su anello sclerale ☐ su entrambi ☐
- ☐ Se controllo microbiologico effettuato, risultato ☐ negativo ☐ positivo ☐ in corso
- ☐ Mancata effettuazione del controllo microbiologico

A. Informazioni relative al ricevente.....

Cognome e nome del paziente

|__| |__| |__| |__|
 Data di nascita

..... Tel.
n° tessera sanitaria o C.F. od altro

F

M

Sesso

Tipo di intervento

Occhio operato ☐ OS ☐ OD

Data dell'intervento: | | | Chirurgo operatore:.....

ANAMNESI PATOLOGICA DELL' OCCHIO OPERATO

Visus preoperatorio /10

IOP mmHg

Interventi precedenti NO SI (se SI specificare) Cheratoplastiche n. _____ tipo _____

Altri interventi	n	tipo

Altre patologie oculari NO SI (se SI specificare) _____

Patologia che ha richiesto l' intervento

Neovasi corneali	NO	SI (se SI specificare)					
		Superficiali ☐	profondi ☐	quadranti coinvolti	1	2	3

L'occhio operato è Fachico ☐ Afachico ☐ Pseudofachico ☐

Interventi concomitanti nessuno ☐ ICCE ☐ ECCE ☐ FACO ☐ asportazione IOL ☐

inserzione IOL ☐ **riposizionamento IOL** ☐ **trabeculectomia** ☐ **vitrectomia** ☐ **altro** ☐

Complicanze **No** **Si, precisare.....**

B. 1° CONTROLLO POST OPERATORIO

Data della visita / / **Epitelio** assente ☐ difetti ☐ presente ☐

Lembo trasparente ☐ parzialmente trasparente ☐ edematoso ☐ opaco ☐

Descemet **pieghe** NO SI (se SI specificare): lievi ☐ grossolane ☐

Acqueo tyndall 0 1+ 2+ 3+ cellule 0 1+ 2+ 3+ na

Eventi avversi	NO	SI (se SI specificare)
-----------------------	----	------------------------

L' evento avverso E' ☐ NON E' correlabile al tessuto innestato ☐

Complicanze NO SI (se SI specificare) endoftalmite ☐ scompenso precoce ☐ cheratite ☐ ipotalamia ☐

Altre

Data	Firma
------	-------