

Lähetä kaihileikkaukseen

-TYKS silmäklinikka, PL 52, 20521 Turku
-Turunmaan sairaala silmäpkl, PL 663, 20701 Turku

Lomake versio 2010.1

<p style="text-align: center;">Potilaan tiedot:</p> <p>Etunimet <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Sukunimi <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Henkilötunnus <input style="width: 15%;" type="text"/> Puh. <input style="width: 15%;" type="text"/></p> <p>Postiosoite <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Postitoimipaikka ja -numero <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>Kotikunta <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Asiointikieli <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi <input type="checkbox"/> Muu</p>	<p style="text-align: center;">Leikkaukseen liittyviä esitietoja:</p> <p><input type="checkbox"/> Vapina, hengenahdistus tai muu leikkausta vaikeuttava yleissairaus</p> <p><input type="checkbox"/> Ei pysty nousemaan tutkimustuoliin ilman apua tai makaamaan puolta tuntia selällään ilman tyynyä</p> <p><input type="checkbox"/> Marevan lääkitys</p> <p><input type="checkbox"/> Dementian tms. syyn takia ei noudata kehoituksia</p> <p><input type="checkbox"/> Diabeetikko</p> <p><input type="checkbox"/> Jodiallergia</p> <p><input type="checkbox"/> Lääkeaineesta <input style="width: 20%;" type="text"/> on aiheutunut hengenahdistusta tai huulten/kielen/nielun turpoamista.</p> <p><input type="checkbox"/> Prostatalääkitys: <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Potilas on kotisairaanhoidon varassa eikä voi laittaa silmätippoja itse</p>																																													
<p style="text-align: center;">Leikkauskiireellisyyteen vaikuttavia tekijöitä:</p> <p><input type="checkbox"/> Kaihin takia työkyvytön</p> <p><input type="checkbox"/> Silmä- tai yleissairauden hoito tai kotona selviytyminen vaarantuu kaihin takia</p> <p><input type="checkbox"/> Potilaalla on turpoava mykiö tai muu lääketieteellinen syy päästä kiireelliseen kaihileikkaukseen</p> <p>Muu syy kiireellisyyteen: <input style="width: 80%;" type="text"/></p>	<p>Lisätietoja (tulkin tarve tms., kehitysvamma, tms):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																													
<p style="text-align: center;">Aiemmat silmäsairaudet ja -toimenpiteet:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"><u>O.dx.</u> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 40%;">Kaihi leikattu</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> <u>O.sin</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Glaukooma</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Uveiitti</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Krooninen blefariitti</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Keratokonus</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sak siirto</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>PRK/Lasik (preop.arvot?)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Filtroiva operaatio</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Vitrektomia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Amblyopia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muu sairaus</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<u>O.dx.</u> <input type="checkbox"/>	Kaihi leikattu	<input type="checkbox"/> <u>O.sin</u>	<input type="checkbox"/>	Glaukooma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uveiitti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krooninen blefariitti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keratokonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sak siirto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRK/Lasik (preop.arvot?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filtroiva operaatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitrektomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amblyopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu sairaus	<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">Status:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"><u>O.dx.</u></td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%;"><u>O.sin</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> <td>Refraktio</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> <td>Visus</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> <td>Paine</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Samea sak <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Endoteelidystrofia <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Matala ek <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pieni mu <5mm <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Kypsä kaihi <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Exfoliaatio <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Fakodoneesi <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Muu leikkaukseen vaikuttava löydös <input type="checkbox"/></p>	<u>O.dx.</u>		<u>O.sin</u>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Refraktio	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Visus	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Paine	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<u>O.dx.</u> <input type="checkbox"/>	Kaihi leikattu	<input type="checkbox"/> <u>O.sin</u>																																												
<input type="checkbox"/>	Glaukooma	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Uveiitti	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Krooninen blefariitti	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Keratokonus	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Sak siirto	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	PRK/Lasik (preop.arvot?)	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Filtroiva operaatio	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Vitrektomia	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Amblyopia	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	Muu sairaus	<input type="checkbox"/>																																												
<u>O.dx.</u>		<u>O.sin</u>																																												
<input style="width: 80%;" type="text"/>	Refraktio	<input style="width: 80%;" type="text"/>																																												
<input style="width: 80%;" type="text"/>	Visus	<input style="width: 80%;" type="text"/>																																												
<input style="width: 80%;" type="text"/>	Paine	<input style="width: 80%;" type="text"/>																																												
<p>Lisätietoja (esim. aiempi refraktio):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>Lisätietoja statukseen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																													
<p>Käytössä oleva silmälääkitys:</p> <p><u>O.dx</u> <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p><u>O.sin</u> <input style="width: 80%;" type="text"/></p>	<p>Visusraja ei täyty, muu syy leikata:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																																													
<p><input type="checkbox"/> Potilas haluaa kaihileikkaukseen <input type="checkbox"/> Potilas toivoo leikkauspaikaksi: <input type="checkbox"/> TYKS Silmäklinikka (Lähetä lomake TYKS:iin) <input type="checkbox"/> Turunmaan sairaala (Lähetä lomake Turunmaan sairaalaan) <input type="checkbox"/> VSSHP lyhyin jono (Lähetä lomake TYKS:iin)</p>																																														
<p>Diagnoosit (ICD-10):</p> <p>Kaihidg <u>O.dx</u> <input style="width: 15%;" type="text"/> <u>O.sin</u> <input style="width: 15%;" type="text"/> Muu dg: <u>O.dx</u> <input style="width: 15%;" type="text"/> <u>O.sin</u> <input style="width: 15%;" type="text"/></p>	<p>Sairaalan merkintöjä</p> <p>Kiireellisyys: <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.</p> <p>Indikaatio: <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.</p> <p>Lukija: _____</p>																																													
<p>Lähtäjän tiedot:</p> <p>Nimi <input style="width: 40%;" type="text"/> Päiväys <input style="width: 15%;" type="text"/> Toimipaikan tiedot/leima (osoite, puh) <input style="width: 40%;" type="text"/></p> <p>Allekirjoitus _____</p>																																														