

Tårvägsremiss

Datum för remiss

Inremitterande

Läkare

Telefon

Klinik/sjukhus

Spec.remiss finns?

Nej

Frågeställning

Patient

Namn

Personnummer

Telefon

Anamnes

Beskrivning av aktuellt problem:

Debut: Datum

Symtom:

Progression:

Tidigare/nuvarande ögonsjukdom:

Tidigare genomgångna ögonoperationer (var?):

Övriga sjukdomar:

Antikoagulantia?

Ja

Nej

Om ja, vilken typ?

Allergi mot läkemedel

Ja

Nej

Tål lokalbedövning?

Ja

Nej

Tidigare facialispares

Ja

Nej

Cellgifter?

Ja

Nej

Lokal strålning?

Ja

Nej

Fortsättning på nästa sida >

Status

Felställning ögonlock?

Höger:

Vänster:

Tårflöde ev tårvägsspolning, DDT (dye disappearance test)

Höger:

Vänster:

Infektionstecken?

Höger:

Vänster:

Visus Höger:

Visus Vänster: