

Remiss felställt ögonlock

Datum för remiss

Inremitterande

Läkare

Telefon

Klinik/sjukhus

Spec.remiss finns?

Ja

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

Fortsättning på nästa sida >

Status

Övre ögonlock/ögonbryn HV: ptos (MRD, levatorfunktion), dermatochalasis?

Höger:

Vänster:

Nedre ögonlock HV: ektropion, entropion?

Höger:

Vänster:

Kornealpåverkan?

Höger:

Vänster:

Övrigt ansikte: facialis pares, pupillbedömning, ögonmotilitet, diplopi

Visus Höger:

Visus Vänster: