Data …….. Imię i nazwisko ……..

KWESTIONARIUSZ BADANIA KWALIFIKACYJNEGO DO ZABIEGU ZAĆMY/REFRAKCYJNEJ WYMIANY SOCZEWKI

Decyzja o kwalifikacji do operacji opiera się na ocenie w jakim stopniu zaćma/zaćma początkowa/ duża wada wzroku wpływa na jakość życia chorego, czy dotyczy jednego czy obojga oczu, przy uwzględnieniu możliwych korzyści oraz potencjalnego ryzyka związanego z zabiegiem.

Zabieg usunięcia zaćmy jest wskazany, gdy upośledzenie wzroku istotnie wpływa na możliwości wykonywania czynności życia codziennego lub zawodowego, a satysfakcjonująca poprawa widzenia nie może być osiągnięta przez zastosowanie okularów czy soczewek kontaktowych. Zabiegowi refrakcyjnej wymiany soczewki może poddać się pacjent z dużą wadą wzroku, który nie został zakwalifikowany do laserowego zabiegu korygującego na rogówce ani do doszczepienia soczewki sztucznej bez usuwania soczewki własnej. Zabieg refrakcyjnej wymiany soczewki zalecany jest u pacjentów powyżej 55 roku życia.

Przy właściwej odpowiedzi prosimy wpisać z lewej strony znak **X**.

Czy używa Pan/Pani okulary do dali …… tak …… nie jeśli tak to od ilu lat ……..

do czytania …… tak …… nie jeśli tak to od ilu lat ……..

progresywne …… tak …… nie jeśli tak to od ilu lat ……..

Czy w ostatnich 5 latach zachodziła konieczność zmiany mocy szkieł do dali …… tak …… nie do bliży …… tak …… nie

Czy w ostatnim czasie zauważył Pan/Pani pogorszenie widzenia: w dal …… tak …… nie z bliska …… tak …… nie

Czy pogorszenie widzenia wystąpiło: ..... nagle ..... stopniowo w ciągu kilku: ..... tygodni ..... miesięcy

Jak ocenia Pan/Pani swoje widzenie uwzględniając konieczną korekcję okularową:

do dali oko prawe ..... b. dobrze ..... dobrze ..... słabo ..... źle **oko lewe** ..... b. dobrze ..... dobrze ..... słabo ..... źle

do bliży oko prawe ..... b. dobrze ..... dobrze ..... słabo ..... źle **oko lewe** ..... b. dobrze ..... dobrze ..... słabo ..... źle

Czy na badaniu przed skierowaniem do zabiegu zaćmy okulista próbował dobrać okulary …… tak …… nie

Czy któreś oko było od dziecka słabsze mimo korekcji okularowej ..... tak ..... nie jeśli tak to które ..... prawe ..... lewe

Czy pogorszenie widzenia wpływa na wykonywanie codziennych czynności ..... tak ..... nie

Czy pogorszenie widzenia wpływa na komfort prowadzenia pojazdu ..... tak ..... nie

Czy w ostatnim czasie wystąpiło lub nasiliło się: ..... łzawienie ..... światłowstręt ..... złe widzenie nocą ..... dodatkowe odblaski świetlne ..... krzywienie linii: oko ..... prawe ..... lewe od ..... miesięcy

Czy występują u Pana /Pani inne niż zaćma przewlekłe choroby oczu:

..... jaskra stosuję leczenie od ..... lat, krople .....

..... zwyrodnienie w plamce: gorsze oko ..... prawe ..... lewe ..... stosowano zastrzyki do oka ..... prawego ..... lewego

..... inne choroby oczu ..... urazy oczu .....

Czy przebył Pan/Pani jakiś zabieg okulistyczny ..... tak ..... nie

..... operacja zaćmy oko prawe / lewe ..... operacja jaskry oko prawe / lewe

..... zabieg laserowy oko prawe / lewe z powodu .....
..... inne operacje oczu .....

UWAGI .....

podpis pacjenta .....