

**Remiss GLAUKOM**

Remiss datum:

Följande information är väsentlig för att vi ska kunna handlägga Er remiss korrekt:

Inremitterande

Namn:

Telefon:

Adress:

Patient

Namn:

Personnummer:

Tel / Mobil:

Tillstånd av patienten att remissbedömande läkare på USÖ går in i NPÖ: JA ____ NEJ ____

Frågeställning:**Glaukomtyp och diagnos sedan år:****Andra ögon diagnoser:****Övriga diagnoser:****Progress:** JA ____

NEJ ____

Bifoga synfältskopior**Aktuell behandling:**

Namn	HÖ	VÄ	Kommentarer/biverkningar/allergier

**Tidigare behandling:**

Namn	HÖ	VÄ	Kommentarer/biverkningar/allergier

Tidigare operationer/behandlingar:

Åtgärd/Ingrepp	HÖ/antal/datum	VÄ/antal/datum	Kommentar
<i>SLT/ALT</i>			
<i>Iridotomi</i>			
<i>Trabeculektomi</i>			
<i>Djup sklerektomi</i>			
<i>Cyklodiod</i>			
<i>Katarakt operation</i>			
<i>Annan kirurgi</i>			

Synfältsundersökningar

Datum	HÖ		VÄ	
	VFI	RoP	VFI	RoP

Aktuell status

	HÖ	VÄ
<i>Synskärpa</i>		
<i>Tonus</i>		
<i>Papill</i>		
<i>CCT</i>		
<i>Gonioskopi</i>		
<i>Katarakt</i>		



Region Örebro län

Universitetssjukhuset Örebro

Övrigt/ Ytterligare i anamnes och status: