

Orbitarondsremiss

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 (ange HÖ/VÄ) Datum Datum Datum

Visus	/	/	/
IOP	/	/	/
RAPD	/	/	/
Färgmättnad	/	/	/
Hertel (bas _____)	/	/	/

Diplopi Nej Ja _____

Ptos Nej Ja _____

Anisokori Nej Ja _____

Blickpares Nej Ja _____

Bulbdislokation Nej Ja _____

Undersökningar Vänligen sätt ett kryss efter de undersökningar ni gjort samt ange datum

CT MR Annat/synfält/lab

Sensorikpåverkan (asymmetri över trigeminala grenar)

Är bilder länkade till Karolinska Universitetssjukhuset Solna? Ja Nej

Är bilder skickade till S:t Erik? Ja Nej

Behöver patienten tolk? Ja Nej Ange språk: