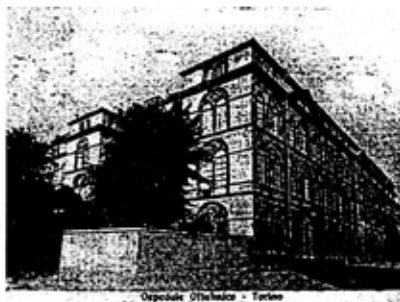


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale  
"Città di Torino"

OSPEDALE OFTALMICO



Ospedale Oftalmico - Torino

OCULISTICA 2  
TELEFONO: 0115666058

COGNOME		NOME		
Data di nascita	Età	Luogo di nascita		
Residenza		Domicilio		
Recapiti telefonici				
Data pre ricovero		SDO n.		
Specialista curante / inviato da				
Tipologia di Day Hospital	medico	programmato	urgente	ambulatoriale
Data intervento OD		Data intervento OS		
Ricovero One Night		Ricovero One Night		
Data dimissione		Data dimissione		
Data e struttura di trasferimento				

Motivo del ricovero


ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLOGICA				
FAMILIARITA' PER		FATTORI DI RISCHIO		SPECIFICARE
DIABETE		DIABETE		
IPERTENSIONE		IPERTENSIONE		
EMOPATIE		DISLIPIDEMIE		
TUMORI		TRASFUSIONI		
MALATTIE OCULARI		FUMO		
ALTRO		BIRRA-VINO		
		LIQUORI		
		ALTRO		

ANAMNESI PATOLOGICA GENERALE				
			SPECIFICARE	
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		BPCO		
		ASMA		
		ENFISEMA		
		TUMORI		
		ALTRO		
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE		EPATITE		
		CALCOLOSI		
		GASTRITE		
		ULCERA		
		ERNIA IATALE		
		PANCREATITE		
		ALTRO		
MALATTIE DELLA TIROIDE		IPERTIROIDISMO		
		IPOTIROIDISMO		
		ALTRO		
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE		CARDIOPATIE		
		VALVULOPATIE		
		IMA		
BY-PASS		IPERTENSIONE		
PACE-MAKER		ALTRO		
PATOLOGIE NEUROLOGICHE		PARKINSON		
		SM		
		ALZHAIMER		
		ALTRO		

			SPECIFICARE	
MALATTIE METABOLICHE	DIABETE		buon compenso	
	TIPO I / TIPO II		mediocre compenso	
			scompensato	
	ULTIMA GLICEMIA			
	DURATA MALATTIA			anni
	GOTTA			
MALATTIE APPARATO UROGENITALE	ALTRO			
	INSUFFICIENZA RENALE			
	CALCOLOSI			
	INFEZIONI			
EMOPATIE	ALTRO			
	ANEMIA			
	LEUCEMIA			
	DEFICIT COAGULAZIONE			
ALTRO	ALTRO			

			SPECIFICARE	
INTERVENTI CHIRURGICI	SI			
TRAUMI	SI			
TUMORI	SI			
MALATTIE AUTOIMMUNI	SI			
ALTRO	SI			

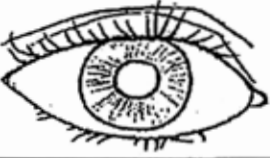
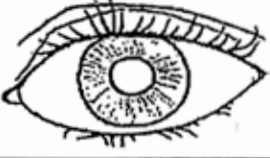
			SPECIFICARE	
ALLERGIE Ha avuto in passato manifestazioni di natura allergica a:	FARMACI			
	ALIMENTI			
	PUNTURE di INSETTI			
	ALTRO			



Precedenti ricoveri	si	no	Reparto:
---------------------	----	----	----------

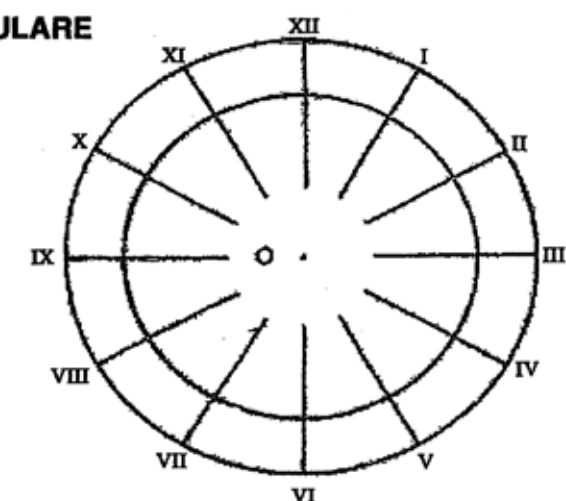
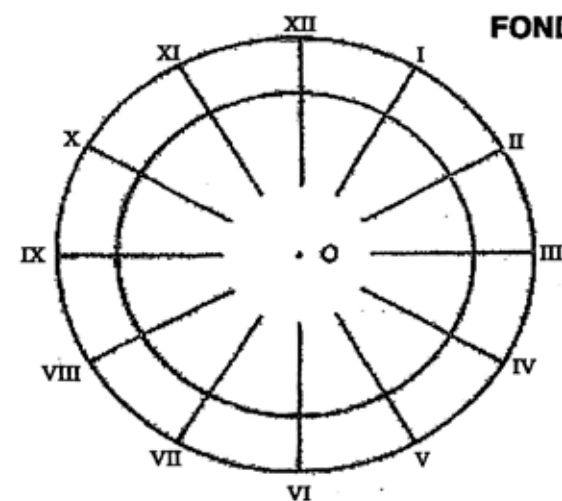
ANAMNESI PATOLOGICA SPECIALISTICA

TERAPIA IN ATTO	
LOCALE	GENERALE


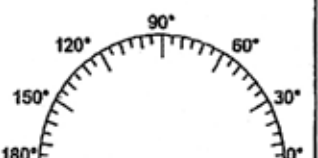
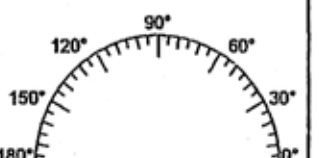

ESAME OBIETTIVO		
OD		OS
	ORBITA e BULBO	
	APPARATO LACRIMALE	
	PALPEBRE	
	CONGIUNTIVA	

ESAME OBIETTIVO											
											
OD		OS									
			CORNEA								
			SCLERA								
			CAMERA ANTERIORE								
			IRIDE e PUPILLA								
			RIFLESSI PUPILLARI								

ESAME OBIETTIVO										
OD				OS						
		CRISTALLINO								
		VITREO								
		FONDO								



CAMPO VISIVO tecnica e conclusioni (vedi schema allegato)		
MOTILITA' OCULARE		
PROVE FUNZIONALI (avr, lotmar, etc...)		
ALTRI ESAMI		
LENTI CHE PORTA ATTUALMENTE		

OD SCHIASCOPIA	OD OFTALMOMETRIA	OS OFTALMOMETRIA	OS SCHIASCOPIA
			

VISUS lontano	senza corr.	ODV	OSV
	con corr.	ODV	OSV
OOV	ODV		
	OSV		
VISUS vicino	senza corr.	ODV	OSV
	con corr.	ODV	OSV
OOV	ODV		
	OSV		
Distanza interpupillare mm			

	TONO OCULARE	

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA	
Allergie/intolleranze	
Terapia domiciliare	
Protocollo TAO	

Patologie					
Ipertensione arteriosa	si	no	Terapia orale	si	no
Patologia cardiaca	si	no	Insulina	si	no
Diabete	si	no			

Firma infermiere
------------------

Interventi assistenziali			Firma
Esami	ematologici urgenti	ECG urgente	
Cantla venosa	si	no	
Terapia topica pre intervento	Tropicamide e Fenilefrina Cloridrato 5,4 mg		
	Tropicamide e Fenilefrina Cloridrato collirio		
	Tropicamide		
	Ciclopentolato		









