

Campaña Nacional de Detección del Glaucoma 2016

PASO 1: DATOS DE LA CAMPAÑA

Provincia donde está ubicada la sede _____ Año en que se realiza esta encuesta _____

PASO 2: ENCUESTA AL PACIENTE (marque con una X donde corresponda)

1) EDAD _____

2) SEXO Masc. Fem.

3) ¿SABÉS QUÉ ES EL GLAUCOMA?

- Sí
 No

4.A) ¿TUS FAMILIARES TIENEN GLAUCOMA?

- Sí
 No
 No sé

4.B) ¿QUIÉNES?

- Padres Hijos
 Hermanos Tíos
 Abuelos Otros

5) ¿ÚLTIMA TOMA DE PRESIÓN OCULAR?

- Nunca me tomaron la presión
 Hace menos de 2 años
 Entre 2 y 5 años
 Hace más de 5 años

6) ¿QUIÉN TE RECETÓ TUS ANTEOJOS?

- No uso anteojos
 Un médico oculista
 Un óptico
 Los compré sin receta
 Otros

7) ANTECEDENTES PERSONALES

- ¿Tenes diabetes?
 ¿Usás anteojos permanentes?
 ¿Estás operado de los ojos?
 ¿Recibiste láser en los ojos?
 ¿Usás o usaste corticoides?
 ¿Tuviste accidentes en los ojos?

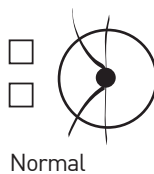
PASO 3: EXAMEN OFTALMOLÓGICO

1) PRESIÓN OCULAR

Ojo derecho _____ mmHg
Ojo izquierdo _____ mmHg

2) PAPILA

Ojo derecho
Ojo izquierdo



No registrable

Campaña Nacional de Detección del Glaucoma 2016

TALÓN PARA EL PACIENTE

ORGANIZAN



SPONSORS PLATINO



SPONSORS ORO



SPONSORS PLATA



Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____

PRESIÓN OCULAR

Ojo derecho _____ mmHg
Ojo izquierdo _____ mmHg

Firma del médico

IMPORTANTE: PRESIONES SUPERIORES A 20 MMHG REQUIEREN UNA RÁPIDA CONSULTA A SU MÉDICO OFTALMÓLOGO.