

CAMPAÑA NACIONAL DE DETECCIÓN DEL GLAUCOMA





1 Datos de la sede

Provincia _____ Ciudad _____ Año _____

2 Encuesta al paciente (Marque con una cruz donde corresponda)

1. Edad _____	4. ¿Sus familiares tienen glaucoma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé 4.b ¿Quiénes? <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otros	6. ¿Quién le recetó sus anteojos? <input type="checkbox"/> No uso anteojos <input type="checkbox"/> Un médico oculista <input type="checkbox"/> Un óptico <input type="checkbox"/> Los compré sin receta <input type="checkbox"/> Otros																					
2. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																							
3. ¿Sabe qué es el glaucoma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. ¿Última toma de presión ocular? <input type="checkbox"/> Nunca me tomaron la presión <input type="checkbox"/> Hace menos de 2 años <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años <input type="checkbox"/> Hace más de 5 años	7. Antecedentes personales <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene diabetes?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Usa anteojos permanentes?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Está operado de los ojos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Recibió láser en los ojos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Usa o usó corticoides?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Tuvo accidentes en los ojos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí	No	¿Tiene diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa anteojos permanentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está operado de los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recibió láser en los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa o usó corticoides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo accidentes en los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																					
¿Tiene diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
¿Usa anteojos permanentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
¿Está operado de los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
¿Recibió láser en los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
¿Usa o usó corticoides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
¿Tuvo accidentes en los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

3 Examen oftalmológico (Marque con una cruz donde corresponda)

1. Presión ocular Ojo derecho (OD) _____ mmHg Ojo izquierdo (OI) _____ mmHg	2. Papila  <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OI NORMAL	 <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OI SOSPECHOSA	 <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OI PATOLÓGICA	 <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OI NO REGISTRABLE
--	--	--	--	--

CAMPAÑA NACIONAL DE DETECCIÓN DEL GLAUCOMA

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____ Fecha _____
Presión intraocular Ojo derecho (OD) _____ mmHg Ojo izquierdo (OI) _____ mmHg
¿Tiene glaucoma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente
¿Próxima visita al oftalmólogo? <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> En _____ meses

SPONSOR DIAMANTE



SPONSORS PLATINO



SPONSORS ORO



SPONSORS PLATA



ORGANIZAN

