

# CAMPAÑA NACIONAL DE DETECCIÓN DEL GLAUCOMA

## 1 Datos de la sede

Provincia ..... Ciudad ..... Año .....

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

<b>1. Edad</b> .....	<b>4. ¿Sus familiares tienen glaucoma?</b> <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	<b>6. ¿Quién le recetó sus anteojos?</b> <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																					
<b>2. Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																							
<b>3. ¿Sabe qué es el glaucoma?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>5. ¿Última toma de presión ocular?</b> <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	<b>7. Antecedentes personales</b> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><b>Sí</b></td> <td style="text-align: right;"><b>No</b></td> </tr> <tr> <td>¿Tiene diabetes?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Usa anteojos permanentes?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Está operado de los ojos?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Recibió láser en los ojos?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Usa o usó corticoides?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Tuvo accidentes en los ojos?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	¿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"/>
	<b>Sí</b>	<b>No</b>																					
¿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)

<b>1. Presión ocular</b> Ojo derecho (OD) ..... mmHg Ojo izquierdo (OI) ..... mmHg	<b>2. Papila</b>  <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
--	--	---	--	--

TALÓN PARA EL MÉDICO

# CAMPAÑA NACIONAL DE DETECCIÓN DEL GLAUCOMA

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

SPONSOR DIAMANTE



SPONSORS PLATINO



SPONSORS PLATA



ORGANIZAN



TALÓN PARA EL PACIENTE