

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	VISITA DI CONTROLLO 6° MESE	MODU.BOPC.D001.00.11	Rev.0
	Modulo	23/04/2019	Pagina 1 di 1



Da compilare a cura del personale della ST ed inviare a:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte – SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio
 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Via Genova 3 – 10126 Torino
 Tel. 011.6336519 - **Fax 011.6334363** – 335 1328330

STRUTTURA DI TRAPIANTO:
 (Ospedale/casa di cura)

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome Data di nascita

Data trapianto Trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

Pregressi trapianti: su OD: n°..... su OS: n°.....

1. **Stato della sutura:** Buona Lenta Stretta
2. **Distribuzione chirurgica della tensione della sutura:** SI NO
3. **Allineamento dell'innesto:** Buono Presenza di scalinatura
4. **Condizioni dell'innesto:**
 - a. *Stato Epitelio* Presente con difetti puntiformi Presente con difetti ad area
 - b. *Condizioni dello stroma*
 - Trasparente Lievemente edematoso Edematoso
 - c. *Pieghe della Descemet*
 - Assenti Centrali Periferiche Centrali e periferiche
 - d. *Precipitati sul lembo*
 - Assenti Lardacei Pigmentari Fini localizzati Fini diffusi
5. **Camera anteriore:** Normoprofonda Bassa
- Infiammazione segmento anteriore: - + ++ +++ ++++
6. **Tono oculare:** ≤ 20 >20
7. **Tendenza alla neovascolarizzazione:** Assente Presente
8. **Infiltrati lungo la sutura:** Assenti Presenti
9. **Curvatura corneale:**
 - a. *Valori cheratometrici:* Astigmatismo regolare Astigmatismo irregolare
 - Diottrie:* 0-3 3-6 >6
10. **Visus** (frazione di Snellen, tabella ETDRS): Senza lenti:/..... Con lenti:/.....
11. **Giudizio anatomico:**
 Ottimo Buono Mediocre Scadente
12. **Giudizio funzionale in condizioni di integrità di tutte le altre strutture:**
 Ottimo Buono Mediocre Scadente
13. **Giudizio funzionale in condizioni di patologie oculari concomitanti:**
 Ottimo Buono Mediocre Scadente
14. **Patologie oculari concomitanti:**
 - a. *Neovasi*
 NO SI -1 quadrante SI -2 quadranti SI -3 quadranti SI -4 quadranti
 - b. *Glaucoma in trattamento*
 NO SI danno funz. lieve SI danno funz. medio SI danno funz. grave
 - c. *Occhio*
 Fachico Fachico con cataratta Afachico Pseudofachico
 - d. *Ambliopia* NO SI
 - e. *Maculopatia* NO SI

Data visita:

Firma del medico:.....