

 <b>SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio</b>	<b>VISITA DI CONTROLLO 8ª GIORNATA</b>	MODU.BOPC.D001.00.09	Rev.0
	<b>Modulo</b>	23/04/2019	<b>Pagina 1 di 1</b>



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. Allineamento dell'innesto**

Buono  Mediocre  Presenza di scalinatura  
 Falsa camera (per cheratoplastica endoteliale)  Lembo dislocato (per cheratoplastica endoteliale)

**3. Condizioni dell'innesto**

a. *Condizioni dello stroma*

Trasparente  Lievemente edematoso  Edematoso

b. *Pieghe della Descemet*

Assenti  Centrali  Periferiche  Centrali e periferiche

**4. Camera anteriore**

Assente Presente:  Normoprofonda  Bassa  
 Infiammazione segmento anteriore:  -  +  ++  +++  ++++

**5. Iride-pupilla**

a. *Reagente*  SI  NO

b. *Sinecchie anteriori/posteriori non preesistenti*  SI  NO

**6. Tono oculare**

≤ 20  >20

**7. Giudizio anatomico**

Ottimo  Buono  Mediocre  Scadente

**8. 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:**.....