

 <p>SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio</p>	VISITA DI CONTROLLO 30ª GIORNATA	MODU.BOPC.D001.00.10	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. Allineamento dell'innesto: Buono Presenza di scalinatura

3. Condizioni dell'innesto:

- a. Condizioni dello stroma*
 Trasparente Lievemente edematoso Edematoso
b. Pieghe della Descemet
 Assenti Centrali Periferiche Centrali e periferiche
c. Precipitati sul lembo
 Assenti Lardacei Pigmentari Fini localizzati Fini diffusi

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. Tendenza alla neovascolarizzazione:

- Assente Presente

8. Infiltrati lungo la sutura:

- Assente Presente

9. Curvatura corneale:

- a. Valori cheratometrici:* Astigmatismo regolare Astigmatismo irregolare
b. 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:.....