

# Henvisningsskjema for akutt endoftalmitt

fylles ut av henvisende lege



Fødselsnummer	Kjønn	Alder	
Lokal øyeavdeling			

## Symptomdebut endoftalmitt

Øye: <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> O.S.	Dato:	Nøyaktig klokkeslett:
Bakenforliggende årsak:		
Annet:		
<input type="checkbox"/> Intravitreal inj <input type="checkbox"/> Katarakt opr <input type="checkbox"/> Traume <input type="checkbox"/> Endogen		
Dato	Tid	Øyeavdeling
Dersom intravitreal injeksjon (type medikament)		
<input type="checkbox"/> Avastin <input type="checkbox"/> Lucentis <input type="checkbox"/> Eylea <input type="checkbox"/> Ozurdex <input type="checkbox"/> Ukjent		
Medikament trukket opp på: <input type="checkbox"/> Stue <input type="checkbox"/> Sykehusapotek		
Bakenforliggende diagnose for injeksjonsbehandlingen:		
Annet:		
<input type="checkbox"/> AMD <input type="checkbox"/> CRVO/BRVO <input type="checkbox"/> DM ødem <input type="checkbox"/> Prolifer. DR		
Relevante øyesykdommer:		
Relevante sykdommer:		
Annet:		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Immunsuppresjon <input type="checkbox"/> Hjerteklaffsykdom		
Nylig tannlegebesøk eller operasjon og hvorfor:		

## Status oculorum

Dato:		Tid:	
Høyre		Venstre	
Beste visus:	Tensjon:	Beste visus:	Tensjon:
<input type="checkbox"/> Egen linse <input type="checkbox"/> IOL <input type="checkbox"/> Afak		<input type="checkbox"/> Egen linse <input type="checkbox"/> IOL <input type="checkbox"/> Afak	
Intravitreal antibiotika gitt			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vancomycin 1 mg <input type="checkbox"/> Ceftazidime 2 mg			
Annet:			
Korpusprøve til mikrobiologiske analyser tatt			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei    Tidspunkt:			
Nøyaktig klokkeslett Antibiotika gitt:			
Tidspunkt sendt til OUS			