

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	FOLLOW UP A 1 ANNO	MODU.BOPC.D001.00.09	Rev.0
	Modulo	03/02/2025	Pagina 1 di 1



Da compilare a cura della ST e inviare in forma criptata entro 72 ore alla e-mail:

bcorneepiemonte@immunogenetica.net

SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Responsabile attività: Dr.ssa Piera Santoro

Tel. 011 6336519 / 4074 - Fax 011 6334363 - Reperibile 335 1328330

STRUTTURA DI TRAPIANTO:
(Ospedale/casa di cura)

INFORMAZIONI RELATIVE AL RICEVENTE.....

Data di nascita..... Sesso M F

Data intervento..... Occhio operato OD OS

Tipologia di intervento PK LK DSAEK DSAEK-UT DMEK

Revisione della procedura chirurgica SI NO

Specificare.....

(Cognome e nome del paziente)

Condizioni del lembo	<input type="checkbox"/> Trasparente	<input type="checkbox"/> Lievemente edematoso	<input type="checkbox"/> Edematoso
Stato dell'epitelio	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Difetti puntiformi	<input type="checkbox"/> Difetti ad area
Pieghe della Descemet	<input type="checkbox"/> Presenti	<input type="checkbox"/> Assenti	

Sutura	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente
Rebubbling	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Reazione (RAG) o evento avverso grave (EAG) o complicanze Specificare.....

La RAG o la EAG è correlabile al tessuto innestato SI NO

Visus Naturale..... Corretto.....

GIUDIZIO ANATOMICO

Ottimo Buono Mediocre Scadente

GIUDIZIO FUNZIONALE IN CONDIZIONI DI INTEGRITÀ DI TUTTE LE ALTRE STRUTTURE

Ottimo Buono Mediocre Scadente

PATOLOGIE OCULARI CONCOMITANTI		
<i>Neovasi</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Glaucoma in trattamento</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Eventuale chirurgia post-trapianto Specificare.....

GIUDIZIO FUNZIONALE IN CONDIZIONI DI PATOLOGIE OCULARI CONCOMITANTI

Ottimo Buono Mediocre Scadente

Data visita:

Firma del medico:.....