

# Remiss till ögonsjukvården Region Norrbotten

Vänligen komplettera er remiss med denna bilaga för enklare handläggning hos oss.

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Namn:</b>     |  |
| <b>Personnr:</b> |  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Frågeställning:</b>  |   |
| <b>HÖGER ÖGA</b>  | <b>VÄNSTER ÖGA</b>  |
| Aktuell synskärpa: _____<br>Datum: _____  | Aktuell synskärpa: _____<br>Datum: _____  |
| Refraktion sf _____ cyl _____ ax _____  | Refraktion: sf _____ cyl _____ ax _____   |
| Bättrar stph <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                   | Bättrar stph <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej             |
| Närvisus: _____   | Närvisus: _____   |
| Tidigare synskärpa: _____ Datum _____   | Tidigare synskärpa: _____ Datum _____   |
| Korrektion: sf _____ cyl _____ ax _____   | Korrektion: sf _____ cyl _____ ax _____   |
| Ögontryck: _____ mmHg <input type="checkbox"/> NCT <input type="checkbox"/> Icare       | Ögontryck: _____ mmHg <input type="checkbox"/> NCT <input type="checkbox"/> Icare |
| Glas enligt aktuell refraktion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Prismaglas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej               |
| Kontaktlinser: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                 | Aktuell prismastyrka: H _____ V _____   |

| Remissorsak                                 | Höger                    | Vänster                  | Plötslig debut           | Sakta ökande             | Sedan |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Synnedsättning     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Krokseende         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Rött öga           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Värk i ögat        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Ser svarta prickar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Förhöjt ögontryck  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Rullgardin/ridåer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Diplopi            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Binokulärt               | <input type="checkbox"/> |       |
| <input type="checkbox"/> Annan orsak:       |                          |                          |                          |                          |       |