



טופס עדכון מצב ראייה של אדם עיוור או לקויי ראייה

למילוי והדפסה על ידי רופא עיניים

פרטי הנבדק:

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

תוצאות הבדיקה:

שם אל	ימין		שם אל	ימין	שם אל	ימין		שם אל	ימין
		GLAUCOMA					חזות ראייה		
		Primary Glaucoma12					א. אין תחושה לאור		
		13 Congenital					ב. תנועת יד		
		14 Secondary					ג. עד 1/60		
		CATARACT					ד. עד 3/60		
		15 Senile					ה. מעל 3/60 פרוט:		
		16 Congenital					שדה ראייה צרף תרשים		
		17 Complicated					א. עד 10 מעלות		
		18 Operated					ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות		
		RETINA & VITREOUS					ג. מעל 20 מעלות		
		19 Retinopathy of prematurity					EYEBALL		
		Retinitis 20 pigmentosa					1 Phthisis		
		21 Retinal detachment					2 Anophthalmos		
		22 Myopic Maculopathy					3 Microphthalmos		
		23 Diabetic Mac. & Retinop.					4 Albinism		
		24 A.M.D.					5 Nystagmus		
		25 Vitreous Hemorrhage					6 Amblyopia		
		26 C.V.O. \ C.A.O					UVEAL TRACT		
		27 Other					7 Uveitis		
		OPTIC NERVE & PATHWAYS					8 Other: פירוט:		
		28 Optic atrophy					CORNEA & SCLERA		
		29 Other neuropathy					9 Central Opacity		
		30 C.V.I							
		OTHER DIAGNOSIS					10 Keratoconus		
		13					11 Other: פירוט:		
הערות:									
שם רופא:									
מספר רישוי רפואי:									
חותמת רופא:									