

Línea preoperatoria de cirugía refractiva

Valoración de enfermería

1 - Edad:..... C.I.:.....

2 - Procedencia:..... Tel.:.....

3 - Uso de LC SI NO

 Cuanto tiempo hace que se los retiró

4 - Diabético SI NO

5 - HTA SI NO

6 - Uso de medicamentos SI NO Cuales:.....

7 - Alergias SI NO

8 - Embarazo SI NO

9 - Lactancia SI NO Cuanto tiempo:.....

10 - Uso de hormonas SI NO

11 - Enfermedades autoinmunes (lupus, artritis, reumatoidea). SI NO

12 - Uso de medicamentos que alteran la cicatrización SI NO

13 - Infecciones Sistémicas (HIV) SI NO

14 - Trastornos psiquiátricos SI NO

15 - Epiléptico SI NO

16 - Catarata SI NO

17 - Glaucoma SI NO

18 - Irritación ocular SI NO Conjuntivitis SI NO

19 - Lesiones piel SI NO

20 - VDRL positivo SI NO

21 - Requiere alojamiento SI NO

22 - Ocupación:.....

Observaciones:.....

.....

.....

.....

Firma:.....