



Kartelë pacienti: Oftalmologji

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Arsyeja e Vizitës

Ankesa kryesore

Syri i prekur

☐ Djathtë (OD) ☐ Majtë (OS) ☐ Të dy (OU)

Përdorni syze apo lente kontakti?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

2. Mprehtësia Vizuale

Mprehtësia vizuale

Syri	Pa korrigjim	Me korrigjim	Pinhole

3. Refraksioni

Refraksioni

Syri	Sferë	Cilindër	Aks	Add

4. Ekzaminimi

Presioni intraokular

Data	OD (mmHg)	OS (mmHg)

Segmenti anterior

Fundusi

Foto e fundusit

Vendi për foton ose skicën

5. Anamneza

Glaukomë?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Diabet?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Operacione okulare të mëparshme?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Historik familjar i sëmundjeve të syrit?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Alergji ndaj medikamenteve?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Medikamente aktuale

6. Diagnoza dhe Plani

Diagnoza

Recetë dhe plan trajtimi

7. Pëlqimi

Pëlqimi i informuar

1. Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën time, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen, alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet e mundshme.
2. Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrolle ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.
3. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimarrjen time.
4. Autorizoj oftalmologun dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinikisht të nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua.
5. Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

Data e Nënshkrimit:

Nënshkrimi

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy