

SCREENING LISTIĆ

_____ (datum)

ime i prezime bolesnika: _____

spol: M Ž

dob: _____ (godine)

Broj telefona: _____

1. Do sada uzimao antiglaukomske lijekove?

DA NE

Ako da, koje? _____

Dg: _____

2. Glaukom u porodici?

DA NE

3. Dijabetes?

DA NE

4. Hiperlipidemije?

DA NE

5. Krvni pritisak?

Hipotenzija

Hipertenzija

6. Pušenje?

DA NE

7. Korekcija na daljinu? O dex: _____ O sin: _____

DA NE

IOP dex: _____ mmHg

PNO dex: _____

IOP sin: _____ mmHg

PNO sin: _____

Preporuka oftalmologa: _____

Potpis i faksimil doktora: _____