

ANMÄLAN TILL REGISTER ÖVER SYNSKADADE BARN OCH UNGDOMAR 0-19 ÅR

***Viktiga uppgifter**

Synskärpa $\leq 0,3$ eller synfältsdiameter $< 60^\circ$

1. PERSON-UPPGIFTER	Kön: M / K <input type="checkbox"/> 1:a anmälan <input type="checkbox"/> Ändring	
	Efternamn, förnamn:	Personnummer (12 siffror)
	Gatuadress:	Postnummer: Hemkommun:
	Behandlande ögonklinik:	Syncentral: Länskod: Födelseort:
2. DIAGNOS	Vilken sjukdom har förorsakat synskadan = omedelbar orsak dvs. sjukdom sista ögat	
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
Allmändiagnos:		
Handikappkod	Tillägghandikapp: <input type="checkbox"/> Utvecklingsstörning <input type="checkbox"/> Rörelsehinder <input type="checkbox"/> Hörselskada <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Okänd <input type="checkbox"/> Ep <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Annan skada, vilken? -----	
3. ETIOLOGI	<input type="checkbox"/> Prenatal (101-106) <input type="checkbox"/> Peri/neonatal (201-204) <input type="checkbox"/> Infantil/juvenil (301-305) <input type="checkbox"/> Okänd 402 Gestationsvecka* <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
Etiologikod	Tilläggsupplysning, specificering: Födelsevikt* <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
4. SKADANS DURATION	Sjukdom som orsakat synskadan	Konstaterad år <input style="width: 40px;" type="text"/> Ledde till enl. WHO klassificerad synskada år <input style="width: 40px;" type="text"/>
5. SYNSKÄRPA med bästa korrektion	Helt blind <0,02=Fr 2m <0,05=Fr 5m <0,1 <0,3 Bättre visus? Okänd Binok <input style="width: 20px;" type="text"/> Binok kod <input style="width: 20px;" type="text"/>	
	Hö <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. SYNFÄLT	Normala yttergränser Hö <input type="checkbox"/> ₁ Vä <input type="checkbox"/> ₁	Inskränkt Hö <input type="checkbox"/> ₂ Vä <input type="checkbox"/> ₂
	Centrala/peri-centrala skotom Hö <input type="checkbox"/> ₃ Vä <input type="checkbox"/> ₃	Hemi-anopsi Hö <input type="checkbox"/> ₄ Vä <input type="checkbox"/> ₄
7. NÄRSYNSKÄRPA	God (liten text) <input type="checkbox"/>	Användbar (vanlig text) <input type="checkbox"/>
	Dålig (rubriker) <input type="checkbox"/>	Ingen läsesyn <input type="checkbox"/>
8. SLÄKTSKAP	Ej us Osäkert Nej Ja	
	Föreligger släktskap mellan föräldrar <input type="checkbox"/>	Kusiner <input type="checkbox"/> Tremänningar <input type="checkbox"/>
	Finns ögonsjukdom av samma slag i släkten <input type="checkbox"/>	Antal syskon <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/>
9. ANMÄLARE	Finns annan ärftlig sjukdom i släkten <input type="checkbox"/> Adoptivbarn <input type="checkbox"/>	
	Ort:..... Datum:.....	Namn:..... Namnförtydligande:.....
10. INFO	Patient/förälder info om registeranmälan Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

--	--