

SWEDROP- Behandlingsprotokoll

(ett protokoll per behandling)

Barnets personnummer: _____ - _____ Barnets namn: _____

Postmenstruell ålder (PMA) veckor+ dagar: _____ + _____ Kön: () Pojke () Flicka () Okänt
 Postnatal ålder (PNA) veckor+ dagar: _____ + _____

Datum för behandling: _____ Behandlande läkare: _____ Sjukhus: _____

NHV (nationell högspecialist-vård): () Ja () Nej RetCam vid behandlingen: () Ja () Nej

Höger öga

Behandling nr: Metod:

Laserbehandling
 Anti-VEGF
 Cerklage
 Vitrektomi
 Annan kirurgi
 specificera: _____

Om laser: Typ: diod / argon ?
 Antal effekter:
 Styrka (mWatt):

Om Anti-VEGF: Preparat:
 Dos:

Max stadium ROP _____ (ange 1,2,3,4a,4b,5)
 Zon _____ (ange I, post II, II, III)
 Notch () nej () ja () okänt
 Kärnl () Plus () Preplus () ingetdera
 Type ROP () 1 () 2 () okänt
 A-ROP () nej () ja () okänt
 Irisrubeos () nej () Ja
 Persist tunica vase lentis () nej () Ja
 Retinala blödningar? () nej () Ja
 Glaskroppsblödning? () nej () Ja
 Glaskroppsmembran? () nej () Ja

Vänster öga

Behandling nr: Metod:

Laserbehandling
 Anti-VEGF
 Cerklage
 Vitrektomi
 Annan kirurgi
 specificera: _____

Om laser: Typ: diod / argon ?
 Antal effekter:
 Styrka (mWatt):

Om Anti-VEGF: Preparat:
 Dos:

Max stadium ROP _____ (ange 1,2,3,4a,4b,5)
 Zon _____ (ange I, post II, II, III)
 Notch () nej () ja () okänt
 Kärnl () Plus () Preplus () ingetdera
 Type ROP () 1 () 2 () okänt
 A-ROP () nej () ja () okänt
 Irisrubeos () nej () Ja
 Persist tunica vase lentis () nej () Ja
 Retinala blödningar? () nej () Ja
 Glaskroppsblödning? () nej () Ja
 Glaskroppsmembran? () nej () Ja

Eventuell kommentar:.....

Ordination Dexafree (ange dos och duration):

ROP Typ 1 = Behandling

- Zon I, Plus, alla ROP stadier
- Zon 1, ROP stadium 3 med eller utan Plus disease
- Zon II, ROP stadium 2 och 3 med Plus disease

ROP Typ 2 = Uppföljning 2 ggr/vecka

- Zon I, ROP stadium 1 eller 2 utan Plus disease
- Zon II, ROP stadium 3 utan Plus disease

