

RELEVÉ D'OPÉRATION DE LA CATARACTE (ROC)

A. PATIENT:

Nom Prénoms _____
 Adresse (facultatif) _____
 Sexe: masculin: (1) féminin: (2)

N° inscript. hôp.

--	--	--	--	--	--

 N° de série

--	--	--	--	--

 Âge

--	--

 ans

B. EXAMEN PRÉOPÉRATOIRE

Acuité visuelle:

	Œil droit	Œil gauche				
avec correction portée	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
avec meilleure correction / trou sténop.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		

Examen du cristallin:

Cristallin clair	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (1)
Opacité. Pas prêt pour chirurgie	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (2)
Cataracte opérable	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (3)
Cataracte inopérable	<input type="radio"/> (4)	<input type="radio"/> (4)
Aphaquie	<input type="radio"/> (5)	<input type="radio"/> (5)
Pseudophaquie	<input type="radio"/> (6)	<input type="radio"/> (6)
Examen impossible	<input type="radio"/> (7)	<input type="radio"/> (7)

Autre pathologie oculaire dans l'œil opéré, susceptible d'affecter le résultat:

Opacité cornéenne	<input type="radio"/> (1)
Ancienne iritis	<input type="radio"/> (2)
Pathologie rétinienne (DMLA, diabète, etc.)	<input type="radio"/> (3)
Glaucome	<input type="radio"/> (4)
Autre - préciser	<input type="radio"/> (5)

Catégories d'acuité visuelle (Snellen 20 pds)

1 20/20	9 20/1200
2 20/30	10 PL+
3 20/40	11 PL-
4 20/60	12 Examen impossible, estimer à <20/200
5 20/80	13 Examen impossible, estimer à >20/200
6 20/120	
7 20/200	
8 20/400	

Données cliniques:

Facultatif: Œil à opérer: Droit: (1) Gauche: (2)
 Réfraction: sph:

--

 cyl:

--

 axe:

--

 Biométrie: K1

--

 K2

--

 Équiv. sphérique postop. visé: sph:

--

 Longueur axiale:

--

C. CHIRURGIE

Date de l'opération:

j	j	m	m	a	a

Lieu de l'opération:

Hôpital de base	<input type="radio"/> (1)
Autre hôpital	<input type="radio"/> (2)
En dehors de l'hôpital	<input type="radio"/> (3)

Type d'opération:

EICC	<input type="radio"/> (1)
EECC	<input type="radio"/> (2)
CCPI	<input type="radio"/> (3)
Phaco	<input type="radio"/> (4)

LIO:

LIO de CP	<input type="radio"/> (1)
LIO de CA	<input type="radio"/> (2)
Pas de LIO	<input type="radio"/> (3)

Identifiant Hôpital/Camp

Identifiant chirurgical _____

Formation:

Ophthalmologiste	<input type="radio"/> (1)
Résident / en formation	<input type="radio"/> (2)
Opérateur de cataracte	<input type="radio"/> (3)

Complications opératoires dans l'œil opéré:

Aucune	<input type="radio"/> (1)
Rupture capsule sans issue de vitré	<input type="radio"/> (2)
Issue de vitré	<input type="radio"/> (3)
Déhiscence zonulaire	<input type="radio"/> (4)
Reliquats matériel cristallinien	<input type="radio"/> (5)
Fuite de la plaie	<input type="radio"/> (6)
Kératite striée	<input type="radio"/> (7)
Endophtalmie	<input type="radio"/> (8)
Autres	<input type="radio"/> (9)

Facultatif: Incision	Capsulotomie	Type de LIO	Suture	
Cornéenne <input type="radio"/> (1)	Linéaire <input type="radio"/> (1)	_____	Pas de suture <input type="radio"/> (1)	
Limnique <input type="radio"/> (2)	Capsulorhexis cont. curv. <input type="radio"/> (2)		Surjet <input type="radio"/> (2)	
Tunnel <input type="radio"/> (3)	Timbre poste <input type="radio"/> (3)	Puissance de LIO <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		Points séparés <input type="radio"/> (3)
	Autre <input type="radio"/> (4)		N° points suture <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	

D. ACUITÉ VISUELLE POSTOP. DE L'ŒIL OPÉRÉ

Cause d'AV avec correction portée <1/10 (code 8, 9, 10, 11, 12)

Visites de suivi postop:	AV CP	AV MC	Sélection	Chirurgie	Lunettes	Séquelles							
A la sortie de l'hôpital <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> jours postop.		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)					
1-3 sem. postop. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (4)
4-11 sem. postop. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (4)
12+ sem. postop. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (4)

Facultatif: Réfraction postop.

4-11 sem. postop.	Sph <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		Cyl <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		Axe <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			12+ sem. postop.	Sph <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		Cyl <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		Axe <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	