



Detección de casos de pacientes con Glaucoma Secundario a Esteroides

1. Institución/Clinica/Médico:

2. Nombre del paciente (dato para no duplicar datos):

3. Edad: _____ 4. Sexo: F: _____ M: _____

5. Procedencia: _____

6. Trabaja: si _____ no _____ Especifique: _____

7. Medicamento que utilizó (marcar casilla con una "x"):

| MEDICAMENTO | X |
|--|---|
| Dexametasona | |
| Dexametasona + antibiótico | |
| Dexametasona + antibiótico + vasoconstrictor | |
| Fluorometolona | |
| Loteprednol | |
| Loteprednol + antibiótico | |
| Prednisolona | |
| Oral (especifique) | |

8. Dosis y Tiempo de uso: _____

9. Forma de prescripción: automedicado _____ Médico _____ Farmacéutico _____
Oftalmólogo _____ Otros _____

10. Si la gota fue prescrita por un médico, ¿cuánto tiempo se lo había indicado? _____

11. Farmacia en la que fue prescrita/vendida la gota: _____

12. Razón por la cual aplicó el medicamento (Ejemplo: ojo rojo, picazón, etc.): _____

DATOS CLÍNICOS

13. Agudeza Visual

20/20- 20/30: _____ VISION NORMAL
 20/40-20/60: _____ VISION SUBNORMAL
 20/70-20/200: _____ IMPEDIMENTO VISUAL MOD.
 20/200-20/400: _____ IMPEDIMENTO VISUAL SEVERO
 20/400- o menor: _____
 NPL: _____

14. PIO en el momento del diagnóstico: OD _____ OS _____

15. Con respecto a la pregunta anterior, estaba utilizando algún hipotensor ocular al momento del diagnóstico? SI _____ NO _____

16. Excavación: OD _____ OS _____

17. Si lo tiene, clasificación de daño por campo visual (primer campo)

| | |
|---------------------------|--|
| Leve (DM:-2 a -6db) | |
| Moderado (DM: -6 a -12db) | |
| Severo (DM: >-12) | |

18. Presencia de catarata: Si _____ No _____

19. Diagnóstico: Glaucoma _____ Hipertensión sec. Esteroides (nervio luce sano) _____

20. Año de diagnóstico: _____

21. Manejo: Médico _____ Quirúrgico: _____

Especifique _____

FIRMA

Sello