

	Pre operatorio CHECKLIST DI SICUREZZA YAG LASER	Mod. 0019	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: yag laser	
		Rev. 00	del 10/02/2026

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

- ☐ OD
 ☐ OS
 ☐ BILATERALE
- ☐ CAPSULOTOMIA YAG LASER
 ☐ IRIDECTOMIA

ANAMNESI OCULARE

Quando è stato operato di cataratta data _____ (solo in caso di capsulotomia yag laser)

Tipo di lente intraoculare (se nota) _____

Ha avuto distacco di retina? ☐ SI ☐ NO

Soffre di glaucoma? ☐ SI ☐ NO

Ha miodesopsie? (ombre, filamenti, ragnatele) ☐ SI ☐ NO

Ha avuto uveiti? (infiammazioni oculari) ☐ SI ☐ NO

Altro _____

TERAPIE IN CORSO

Usa colliri? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____

Anticoagulanti? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____

Cortisonici? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____

Altro? _____

Data ____/____/____

Firma dell'infermiere
