



แบบฟอร์มคัดกรองต่อกระจกมูลินธิ พอ.สว. ณ รพ..... วันที่.....

ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN. ....

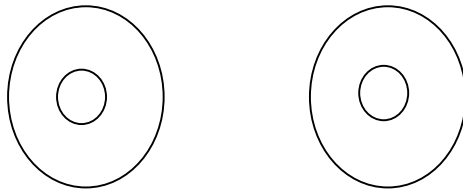
- โรคประจำตัว  ไม่มี  มี  DM  HT  หัวใจ  แพ้ยา  ไม่มี  มี .....

1. ประวัติต้อหิน  ไม่มี  มี 2. ผ่าตัดตา  ไม่มี  มี 3. ประวัติอุบัติเหตุทางตา  ไม่มี  มี

- ยาละลายลิ่มเลือด  ไม่มี  มี  ASA  WARFARIN

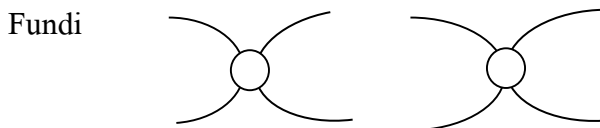
	RE	LE
VA	_____	_____
c̄ PH	_____	c̄ PH _____
Tn	_____	_____

RAPD  ไม่มี  มี



A/S \_\_\_\_\_

LENSES \_\_\_\_\_



**Dx :** SC  RE  LE

**Sx :** MSICS c̄ IOL  RE  LE

**NB :**

<b>A-constant</b>	Irrigate sac	RE	LE	Rx : <input type="checkbox"/> Histaoph.....qid <input type="checkbox"/> Lacoph.....qid <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... Refer : .....
		<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	
	K1.....	.....	.....	
	K2.....	.....	.....	
	AXL.....	.....	.....	
IOL.....	.....	.....		

Dr.....