

ESAME OBBIETTIVO

OD

OS

Orbita e bulbo nel suo insieme:

Apparato lacrimale:

Palpebre:

Congiuntive:

RISCHI ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI

OBBLIGO DI COMPILAZIONE DA PARTE DEL DIRIGENTE MEDICO DI REPARTO

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) TSE confermata o sospetta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Paziente che ha subito impianto di dura madre (umana e bovina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Paziente che ha assunto ormone della crescita di origine umana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Paziente che ha subito trapianto di cornea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Paziente membro di famiglia TSE ereditaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si *No*

Firma del Dirigente Medico