

Cognome
Nome
Data di nascita
o etichetta del paziente

Gentile Signora, Egregio Signore,

Lei è stato/a sottoposto/a ad intervento di: _____

Le raccomandiamo di seguire scrupolosamente nei prossimi giorni le istruzioni qui riportate.

DEVE:

- ✓ **instillare regolarmente nell'occhio operato una o due gocce per ogni collirio prescritto (vedi retro); quando si instillano 2 o più colliri insieme, distanziare l'instillazione di almeno 5 minuti;**
- ✓ **fare attenzione a possibili traumi dell'occhio operato;**
- ✓ **presentarsi il giorno ____ / ____ / _____, alle ore ____ : ____ , per la visita di controllo post-intervento, presso:**

_____.

Le ricordiamo che è doveroso sottoporsi ai controlli oculistici programmati, al termine dei quali dovrà essere controllato dall'oculista di fiducia.

Potrà togliere la conchiglia durante il giorno, riposizionandola la notte almeno per due settimane.

NON DEVE:

- ⊗ toccare o strofinare l'occhio con le mani o con fazzoletti;
- ⊗ frequentare luoghi sporchi e/o polverosi;
- ⊗ chinarsi con la testa in avanti.

E' POSSIBILE:

- ✓ leggere;
- ✓ guardare la televisione;
- ✓ guidare la macchina in particolare di giorno, dopo 1 settimana dall'intervento, salvo diversa indicazione dello specialista;
- ✓ usare il computer;
- ✓ riprendere progressivamente una normale attività fisica nel giro di 10-15 giorni;
- ✓ avere la visione offuscata per più giorni.

Nel caso insorgessero disturbi quali:

- dolore all'occhio operato,
- secrezione troppo abbondante e giallastra,

contatti subito la Guardia Medica del Policlinico Città di Udine al n. **0432 239 111**.

Dopo l'intervento instillare una o due gocce per ogni collirio di seguito prescritto (attenersi alle indicazioni barrate con la ☒):

	PRIMA SETTIMANA	 SECONDA + TERZA SETTIMANA	POSOLOGIA
ANTIBIOTICI	<input type="checkbox"/> Oftaquix	<input type="checkbox"/> Oftaquix	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Vigamox	<input type="checkbox"/> Vigamox	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Visuflox	<input type="checkbox"/> Visuflox	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Monoflox	<input type="checkbox"/> Monoflox	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Colbiocin	<input type="checkbox"/> Colbiocin	Ore 8 - 12 - 16 - 20
ANTI INFIAMMATORI	<input type="checkbox"/> Acular	<input type="checkbox"/> Acular	Ore 8 - 14 - 20
	<input type="checkbox"/> Yellox	<input type="checkbox"/> Yellox	Ore 8 - 20
	<input type="checkbox"/> Nevanac 1mg/ml	<input type="checkbox"/> Nevanac 1mg/ml	Ore 8 - 14 - 20
	<input type="checkbox"/> Voltaren	<input type="checkbox"/> Voltaren	Ore 8 - 14 - 20
	<input type="checkbox"/> Pranoflog	<input type="checkbox"/> Pranoflog	Ore 8 - 14 - 20
CORTICOSTEROIDI + ANTIBIOTICI	<input type="checkbox"/> Tobradex	<input type="checkbox"/> Tobradex	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Betabioptal gel	<input type="checkbox"/> Betabioptal gel	Ore 8 - 20
	<input type="checkbox"/> Netildex	<input type="checkbox"/> Netildex	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Combitimor	<input type="checkbox"/> Combitimor	Ore 8 - 12 - 16 - 20
CORTISONICI	<input type="checkbox"/> Etacortilen monodose	<input type="checkbox"/> Etacortilen monodose	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Tamesad 0,15%	<input type="checkbox"/> Tamesad 0,15%	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Visumetazone	<input type="checkbox"/> Visumetazone	Ore 8 - 12 - 16 - 20
	<input type="checkbox"/> Luxazone	<input type="checkbox"/> Luxazone	Ore 8 - 12 - 16 - 20
CICLOPLEGICI	<input type="checkbox"/> Atropina 1%	<input type="checkbox"/> Atropina 1%	Ore 8 - 20
	<input type="checkbox"/> Visumidriatic 1%	<input type="checkbox"/> Visumidriatic 1%	Ore 8 - 14 - 20
	<input type="checkbox"/> Visumidriatic Fenilefrina	<input type="checkbox"/> Visumidriatic Fenilefrina	Ore 8 - 14 - 20
ALTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ore
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ore

Grazie per la gentile collaborazione. Siamo a disposizione per eventuali ulteriori informazioni (recapiti telefonici: 0432 239 311 oppure 0432 239 614; e-mail: oculistica@policlinicoudine.it)

Udine, ____ / ____ / _____

Timbro e firma del Medico